SEMINAR ON WOMEN IN HEALTH AND DEVELOPMENT

PROCEEDINGS

Drawing based on
photograph by
L.A. LEARMONTH
Courtesy The Hudson Bay Co.

TABLE OF CONTENTS

	Page
FOREWORD	
F.L. Paltiel, Senior Adviser, Status of Women	v
OPENING REMARKS	
F.L. Paltiel, Chair	1
SPEECHES	
M. O'Neil: The Final Thrust: The End of the United Nations Decade For Women and Beyond	6
Dr. M.M. Law represented by B. Naegele: Canada and the WHO/Health and Welfare Women's Health Program	11
Dr. J. Steckle: Cultural Values in Nutrition Education	16
DISCUSSION	
Dr. E. Somers : Environmental and Workplace Risks to Women and Responsibilities and Initiatives of Health and Welfare	25
M. Careau: Remarks and Introduction of Dr. Khanna	30
Dr. S. Khanna: Women in Health and Development - PAHO's Five-Year Regional Plan of Action "Current and Emerging Issues"	32
DISCUSSION CONTINUED	
CONCLUDING NOTE	
Chair	47
APPENDIX I Symposium Committee	49
APPENDIX II: Participants	50
APPENDIX III: PAHO Resolution	57

FOREWORD

"The main goal of the Five-Year Regional Plan of Action, as explained in this publication, is to help PAHO and its Member Governments successfully integrate women of the Americas into new and continuing health and development activities.

"...its aim is to ensure that project plans and designs take women into account from the beginning and promote their participation at all levels.

"Not only should women be considered active recipients of health care, but their roles as providers and promoters of health care should also be developed. This is particularly important because women hold the key to success in providing primary health care, not only for themselves but also for their children and families. They largely determine the acceptance of new facilities or services in their communities, and failure to adequately consider their knowledge, attitudes, and practices has led to the collapse of many projects."

Carlyle Guerra de Macedo
Director
Pan American Health Organization
(PAHO)

These Proceedings are issued in fulfillment of a promise made at the Seminar on Women in Health and Development, held in Ottawa April 13, 1983. The purpose of the Seminar was to promote, inform, exchange and share ideas about the goals of the Plan. Canada was a prime mover in the adoption of the PAHO Plan of Action on Women in Health and Development. It was therefore fitting that Canada was the first Member Government of PAHO - of which there are 37 - to hold such a Seminar following the designation of the Office of the Senior Adviser, Status of Women, Health and Welfare Canada, as the Canadian focal point for the Plan in November 1982.

OPENING REMARKS

Chair

Distinguised visitors, dear colleagues and friends.

On behalf of the Minister, the Honourable Monique Bégin, who will not be able to join us today, I warmly welcome you to our pioneering seminar on Women in Health and Development. The XXI Conference of the Pan American Health Organization has adopted a resolution on this matter which, inter alia, recommends that each member state establish a focal point on women in health and development in order to coordinate inter-sectoral activities.

In Canada, the Office of the Senior Adviser, Status of Women in Health and Welfare has been designated this focal point, and that is why it in our pleasure to welcome you today.

You may well ask, what does, what can an adviser do, in confronting the vast and complex issues pertaining to Women in Health and Development? Well, let me attempt to explain the role of an adviser. The first function is that of an enzyme - she takes hard-to-swallow lumps and renders them digestible; in the case of the really hard-to-swallow - Violence Against Women/Wife Assault, the functions include facilitating their elimination(1). The second function is that of a catalyst - to make things happen that otherwise might not, to make them happen sooner than they might or make them occur in unexpected places. Thirdly, the adviser acts as pain-receptor for the body politic, in this case, a Department, rendering it more sensitive to hurts, and finally, the adviser functions as a transformer - usually from heat to light, but also to transform solemn, serious or pious Resolutions, Declarations, Recommendations, even Action Plans into concrete programs which actually contribute to the health, well-being and quality of life of real persons, in this instance, women and their families. It is both the catalytic and transforming functions that bring us together today. Resolutions, Declarations, Action plans and so forth have to be brought before and accepted by managers, who, for very good reasons, have their own ideas about their priorities, what they should be doing, why, at what cost, by whom and when. This afternoon, you will hear from two such managers and how they are incorporating Women's Health Concerns into their plans and activities. In Health and

---

(1) The Chair paid tribute at this time to the recently-deceased Iris Kirby of Newfoundland who had served with her as a volunteer member of the Canadian Association of Social Workers Task Force on Interspousal Violence.

Welfare, we have the well-established structure of a Departmental Advisory Committee on Status of Women Concerns which can respond to external stimuli on behalf of the branches and who stimulate and monitor responses within the branches. We attempt to make our work transparent and, in the lobby, you will find some remaining copies of our Annual Report - the third in a series of reports of the Departmental Plan of Action for the Second Half of the International Women's Decade - our part of the National Plan of Action: Towards Equality. The Report deals with Social Security Programs - Impact on Economic Status of Older Women; Support Services to Assist Families; Violence Against Women, Violence in the Family and Crisis Assistance; Programs to Promote and Publicize Improved Health for Women; Support for Voluntary and Women's Organizations; Occupational and Environmental Health Hazards; Contraception, Fertility Control and Reproductive Hazards; Research into Women's Health Problems; Parenthood and Pregnancy; Maintenance Obligations and Child Support; Native Women; Employees Assistance Program, and a Progress Report on relevant support through our funds and contributions programs. In the Report you will find inter alia reference to Women's Health Research. Our Committee submitted to the National Health Research and Development Program an agenda of items to be considered as research priorities.

"Employing a life cycle" approach to the health of women (who constitute half of the Canadian population) particular topics have been identified. Beginning with adolescence, nutritionally-related problems, particularly anemia and anorexia nervosa are of current interest. In young women, all aspects of reproductive health, including the contribution of the male parent to reproductive outcome, maternal-infant bonding, as well as general parental bonding; the etiology of depression, and the use and abuses of analgesic and mood altering drugs. Concerns related to menopausal women include management of the phenomenon, and the effects of oestrogen replacement therapy on cardiovascular disease and female cancers. Concerns related to older women include research on sensory loss, chronic debilitating diseases, osteoporosis, developing interventions to maintain the health of elderly women who live alone, and the elucidation of factors (including the utilization of health services or nutrition) on the differential course of aging in females and males. For women of any age, knowledge is needed concerning: biological, physical and chemical health hazards and stress in the home and workplace; the effects of violence within the family, including sexual abuse of young girls, and the provision of appropriate health services. Exploration of existing data bases, such as the Nutrition Canada Survey and the Canada Health Survey, is encouraged. Several, but not all, of these were immediately incorporated into the research priorities of the Program.

Our activities are spurred by the concerns and efforts of women's groups - both traditional (let's not forget that it was the National Council of Women which first badgered governments about acid rain and today it is the Women's Institutes which are tackling the vexatious problems of environmental health of farm women and their households) as well as the newer groups such as Women's Health Collectives or Networks; also other public interest groups, and health activities, including young, enterprising pioneers who take on formidable tasks, such as that of forming Self-Help groups of daughters (and sons) of diethylstilbesterol (DES) exposed mothers. And now we have the awakening interest of the public sector trade unions to occupational health problems of women, as well as provincial initiatives. So we have various needed perspectives in addressing women's health concerns as decision-makers, planners, providers, brokers, consumers or advocates of appropriate health care.

Well, this adviser has learned to take the <u>transformer</u> functions into her stride, having cut her teeth (if you will forgive the very mixed metaphors) on the 167 Recommendations contained in the monumental report of the Bird Commission on the Status of Women. However comprehensive and enduring that Report, even it, was virtually silent on the subject of women's health, mainly because it was established on the heels of another Commission - The Royal Commission on Health Services. I blush to admit that the latter Commission, on which I served as a research associate, was no more prescient on the health needs, risks and tasks of women than was the more recent World Health Organization Conference at Alma Alta, which launched the goal and strategy of Health for All by the Year 2000, hence the crucial importance of the Pan American Health Organization Plan of Action. The Canadian Delegation to PAHO, because we were already launched into our own Plan of Action, could and did play a significant role in the development of the Plan as well as in promoting adoption of the Plan. Our Seminar today marks a beginning of the phase of implementation. How? Well, once again I take my cue from the implementation of the Royal Commission on the Status of Women recommendations. One hands the plates around and asks one's partners to grab a chunk of the problem, one ladles the unclaimed pieces onto one's own plate and somehow what seemed formidable becomes manageable. After all, we are all here because we have specific responsibilities, spheres of influence, and constituencies. So it's a matter of sharing the load.

You will not find the text of the PAHO Plan of Action in your kits. PAHO in Washington has not yet printed the Plan in pamphlet form but we have something better in the person of Dr. Sumedha Khanna who is the Senior Officer responsible for that Plan at the Regional Headquarters, and we have some display copies in the foyer as part of the audio-visual display. You will all receive personal copies of the Plan with the Proceedings of this Seminar and this should whet your appetite.

The main goal of the PAHO Five-Year Regional Plan of Action is to provide guidelines and mechanisms for the headquarter Pan American Sanitary Bureau (PASB) and Member Governments to successfully integrate the women in health and development activities proposed by the UN World Program of Action into ongoing and new health and development programs in the Region.

A second goal is to help improve the physical and mental health of all people in the Region, ensuring that special attention is given to the particular health needs of girls, adolescents and women as a necessary aspect of overall socioeconomic development. A third goal is to contribute to the attainment of health for All by the Year 2000, emphasizing primary health care with complementary strategies focused on women in health and development. A fourth goal is to increase the awareness of policy-makers, administrators and health care providers of the underlying sex role behaviors and stereotypes that permeate the basic development process at the family, community and national levels, with a view to formulating more integrated attitudes and approaches towards appropriate utilization of all available human resources, regardless of sex. The Plan calls for the Development of Projects and Activities in five program areas:

- Primary health care, with an emphasis on health education and community participation, maternal and child health/family planning, and food and nutrition.
- Acute and chronic disease control and surveillance, including immunizations and diarrheal disease control.
- Environmental and occupational health, with an emphasis on water supply, sanitation and the promotion of safe and healthy working conditions.
- Human resources development, including the participation of men and women in the improvement of women's opportunities to receive training in, and join all ranks of the health fields.

- Support services, including child care, appropriate technology for the home, and legislative changes which give consideration to women's productive and reproductive roles.

It provides for regular and periodic reviews and annual evaluation exercises at the regional level, in order to appraise the work done and the goals met, and to redirect the course and modify the emphasis of the remainder of the Five-Year Plan, if that should prove necessary.

The substance of the Plan could well engage us for several days, but as we have only a few precious hours, this is an appetizer.

But you will hear more about the Plan from Dr. Khanna, particularly as it affects our neighbours in the developing countries of our region. And now, without further ado, I have the pleasure of introducing Maureen O'Neil.

THE FINAL THRUST: THE END OF THE UNITED NATIONS DECADE FOR WOMEN AND BEYOND

Maureen O'Neil, (Coordinator, Status of Women Canada):

Initiatives such as the Pan American Health Organization's Plan of Action on Women, Health and Development seem commonplace today, almost as if governments and international organizations had always paid the necessary amount of attention to women's health needs. Only nine years ago, however, before International Women's Year in 1975 and its World Conference in Mexico City, nobody talked about action plans to advance the status of women. For us in Canada, that statement is qualified by the recognition of the work of the Royal Commission on the Status of Women and its subsequent effects on the federal government of the early 70's. But certainly, the idea of a specially designed program to promote and protect the health of women located within the ambit of a broader international program was, if not unheard of, then certainly very infrequently found. The point I'm making of course is to emphasize the importance of International Women's Year and indeed the concept of the UN Decade for Women itself in focusing our attention on the need to improve the status of women.

Out of that 1975 World Conference, which began to change the role and the place of women in many societies, came a number of very important initiatives. First, there was the World Plan of Action for the Implementation of the Objectives of International Women's Year, the objectives being equality, development and peace. The second initiative was the establishment of the Decade itself; and the third, although this has been on a slightly different track, the drafting and adoption of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. Canada has ratified this international human rights treaty, one of only six Western countries to do so. We, like the United States and many European countries, take these conventions very seriously. But it will be up to the voluntary sector to read our report on the Convention to make sure that all governments in Canada are being quite straightforward in their attempts to comply with the terms of this important international treaty.

Let me quickly outline what has happened up to this point in Decade-related activities in Canada. It is important at the outset to clarify some of the complex nomenclature. The World Plan of Action was adopted in Mexico City in 1975 and it covers the entire span of the UN Decade for Women, that is 1976 to 1985. The Program of Action, on the other hand, was adopted in 1980 at the Mid-Decade Conference in Copenhagen. It contains

recommendations for action during the second half of the Decade. Canada's current national plan of action, Towards Equality for Women, is based on the Mexico document. The national plan of action counts on federal government departments taking seriously the Cabinet decision which led to the plan's development as well as the subsequent decision approving its contents. The plan of action contains many undertakings related to the health and well-being of Canadian women. And, in fact, as the government makes policy decisions over the next few years, many of the changes will be based on recommendations contained in that plan of action.

Most of the recommendations in the plan were targeted for completion by 1980. A recent report which looked at what had actually happened as a result of the plan, notes that 68 of the 165 recommendations had been wholly implemented by the end of 1981 and 88 had been partially complied with. In fact only nine recommendations were identified as not being acted upon at all. There are, of course, certain difficulties in doing summaries concerning what's been implemented and what hasn't. It is often said, confidently enough, that two-thirds of the recommendations of the Royal Commission's Report have been implemented. The real question, the one that should always be asked, is "which ones haven't"? Looking back at the Royal Commission, it is easy to see now that its recommendations required more than just changes in the legal position of women. They required both significant economic changes and significant public investment. The issue of child care for example, is a crucial one for women. But, even though some progress has been made, the Royal Commission's recommendations still have not been fully implemented. Again, the alertness of the voluntary sector is crucial to the successful implementation of plans of action. If the voluntary sector doesn't monitor very closely the progress of governments in complying with their own commitments, then it is unlikely that anyone else will monitor their performance.

What about the Decade and its imminent end? Will the steps taken in Canada towards equalizing the respective positions of women and men come to a halt because the Decade is terminating? From this point it seems unlikely. In this period of current economic difficulty, citizens must ensure that policy-makers don't use hard times as an excuse for not moving ahead on issues that are important to women.

The equality rights guaranteed by the Canadian Charter of Rights and Freedoms which give women the constitutional protection they formerly lacked, will come into effect in 1985, the last year of the Decade. It will require vigilance on the part of both policy-makers within government and women (and men) outside government to make sure that

those legal rights are translated into programs which will substantially change the lives of women. Just as important from the point of view of keeping women's rights and the issue of de facto sex discrimination before the public as well as before government policy-makers, is the recent decision to focus the 1985 World Conference on strategies for the future, looking as far ahead as the year 2000. Furthermore, the Program of Action for the Second Half of the Decade recommends that governments should undertake projections for the planning cycles of 1985-1995 and conduct reviews of progress in 1985 and 1990. For those who are not part of the government, planning cycles, strategies, program reviews etc. may tend to sound like gibberish. In fact, they are not. And although planning cycles are so often disrupted by unplanned-for events and unanticipated issues, these may in fact be more important than that which has been planned. The fact that deadlines have been established (not to mention guidelines and goals) means that somewhere, in some department, the policies that are being developed must be reviewed and someone must answer questions about how effectively programs are operating. So that beyond the jargon of planners and beyond what sounds like the jargon of international bureaucrats, real work actually does get done.

The longer we work on these issues the more apparent their complexity becomes. In the context of this seminar, it may be seen that, for women, health and development are inextricably linked. As we gain more expertise, as we begin to gauge the effects of our programs and policies on the lives of women, we can expect that we will begin to cover the field more effectively. Plans of action are crucial levers in drawing the attention of those people who have power to the need to develop programs and to spend funds and to allocate resources. As the 80's progress, it seems apparent that changes will occur, that the effects of many years of planning will begin to take hold, and that a common understanding of the true nature of discrimination against women will develop. It will be seen that discrimination against women is inherent in most if not all of our institutions and systems and that its elimination requires a sustained and integrated approach.

It is abundantly clear that if progress is to continue after the Decade, much more emphasis must be placed on an issue which figured largely at both the Mexico City and Copenhagen Conferences - that is the issue of women's participation in decision-making. Indeed it is a priority area for action in connection with the Decade's sub-theme of health. The UN Program of Action recommends that governments formulate official policies to involve women in the planning and execution of health programs at all levels and in particular to increase the participation of women at decision-making levels. In terms of

Canadian activity in this respect it's very interesting to note that Health and Welfare Canada not only has a women Minister but also has had a women Deputy Minister as well. This must certainly be one of the most formidable combinations of female managerial talent in any federal department or agency.

The equality rights to be achieved in this respect are most clearly stated in Article 7 of the UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. The text of Article 7 reads as follows:

> State Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the political and public life of the country and, in particular, shall ensure, on equal terms with men, the right:
>
> (a) to vote in all elections and public referenda and to be eligible for election to all publicly elected bodies;
>
> (b) to participate in the formulation of government policy and the implementation thereof and to hold public office and perform all public functions at all levels of government;
>
> (c) to participate in nongovernmental organizations and associations concerned with the public and political life of the country.

The implications are surely obvious. Until and unless women are present when and where the decisions are made, it is unlikely that the impact of those decisions on the lives of women will ever be considered. Consequently, if we are to attack systemic discrimination at its roots, our first priority must be to ensure that women have a just share in making the decisions which will reverse such discrimination.

The activities undertaken in Canada under the influence, as it were, of the UN Decade for Women have made legal and constitutional equality between men and women a reality. But the elimination of de facto discrimination, the achievement of real equality, will be a major goal at least until the end of the century. And achieving that goal means that real flesh must be put on the pious declarations made by States and international organizations alike. It means that when international agencies adopt specific programs such as PAHO has done in relation to women's health, that the organization and its State delegations must participate in the budget-setting process. Staff resources must be allocated to ensure that there is somebody there to put the declaration into effect. Many of us are familiar with the format for answering questionnaires from international organizations.

We can tick off that yes indeed we are doing all these things and yes indeed there is somebody responsible for them. But too often that somebody is also over-burdened with other responsibilities and the time spent on women's issues is insignificant. At a meeting with World Health Organization officials in Geneva, it was recalled, somewhat vaguely, that there was somebody in the organization whose job it was to deal with issues related to women's health. The story is not unfamiliar. It has been heard in federal departments as well. There is a message in this method of doing business and it's not just a message to the World Health Organization. There is a message to us as representatives on delegations to international meetings. There is a message to us as advisers to the politicians and to the senior bureaucrats who participate in the process of allocating money for programs in international organizations and in governments. Until we have the resources, until we have people with some power to make decisions within organizations, the declarations that we all support will mean nothing.

CANADA AND THE WHO
HEALTH AND WELFARE'S WOMEN'S HEALTH PROGRAM

Presented by Barbara Naegele for Dr. M.M. Law (Health Services and Promotion Branch):

Thank you Freda. Maureen Law sends her regrets. She was going to give a more global perspective. I will confine my comments to some of the work that goes on in Dr. Law's branch, Health Services and Promotion. Both Freda and Maureen were talking about the work that needs to be done. We have plans of action, we have policies, we have stragegy documents and I will try to give you some examples this afternoon of real work that several of us are involved in. When you drive into Tunney's Pasture in particular I think you will wonder, are there things being done that are pertinent to women because you come in and you see all these buildings and all these offices and you know that within all those offices and all those filing cabinets all those desks and somehow, how do they leap from that kind of situation into women's health concerns and into those issues which affect women's lives and in particular their health? I think again we have some very important documents and some important plans of action, and these plans have stimulated and instigated a lot of programs and a lot of projects.

For example, Health Promotion recently developed a three-year plan. For the next three years we've made it fairly clear where we want to go. We've said that the main issues confronting women at present concern addictions, and by addictions we mean problems with alcohol, problems with drugs, such as prescription drugs and additional difficulties with tobacco. Another issue that we have identified is mental health: a very, very difficult one to confront. The third issue is the broad concept of chronic diseases and disabilities, those in particular that affect women, such as migraines, diabetes and cancers that are specific to women. These areas are laid out for the next three years and they tie in with the National Plan of Action, which is of course a much longer and more detailed effort.

How do we know that not only are we trying to do something but that our involvement is effective? How do we know that we are responding to what women need, that we're not just pushing for political gains, that we really are concerned with women's health? How do we feel about contentious issues? Do we confront them? Do we just leave them alone and hope that a voluntary agency or women themselves will step forward? There are so many questions that arise when one tries to figure out not only what to do, but how to do something that is effective and is needed. I think if I give you a few examples then perhaps you'll see whether or not we are on the right track.

Within the National Health Research and Development Program, in the past five years, two million dollars have been directed towards women's health research and those are projects on women. There is a large one, for example, with the National Cancer Institute which is doing a breast cancer screening study to see what the efficacies of mammography are for women aged approximatley 40 to 49 and then perhaps later on into their 50's. It's in its second year. It's a major study which will go on for another four years during which close to 80 000 women will be examined to see whether we should proceed with comprehensive mammography as a diagnostic tool which should be made available to all women.

In Manitoba, there is a study being done concerning women in the middle years. What are the kinds of health problems that confront these women? We know that menopause in particular is a difficult time for some women, but what does that mean? Is it a more difficult time than any other? Is it difficult strictly because of biological reasons or because of social factors? Is the cultural situation in our own lives really a strong influence for those middle-age years, and how does the culture affect what our own health is? That research is being handled and directed by a women - something else - we see more of it in research concerning women.

Not only are we funding more research on women, but more women are applying for research funds. When we screen these programs, when we review some of the research requests that come in, if they deal with women they come to the women within the Department who are concerned with those issues and thus provide a different viewpoint. A proposal came in recently which was a mastectomy follow-up; in this particular proposal it was suggested that a number of questions be asked about very personal issues. The design had a male psychiatrist interviewing women who had had a mastectomy. Immediately the women reviewing said, you don't do that, you have a woman, someone who can be more sensitive to the situation. Thus, not only are proposals including more women researchers, but also the way in which proposals are reviewed is beginning to change.

We have a Health Promotion Contribution Fund which funds Regional efforts. Any group in the five regions of Canada that has something it wants to do can apply for funds. Again, this can sound very bureaucratic because you have to know how to fill in the forms, you have to know the language, and the regional offices which are located across Canada help women in particular to fill out these forms to try to state their case in words that will mean something: that can compete all the way to the top and thus receive equal attention when it comes to making decisions on how funds should be allocated.

There are so many examples of contribution. I have just a few here beginning with Ontario. In Toronto there is a mobile health clinic for immigrant women. Women, particularly factory women, can come out to the van parked outside work locations and talk to the public health nurse or the doctor. Another example also in Ontario is a group of farm women who have asked for money to do a study on the psychological effects of the financial stresses that farm wives are undergoing right now. The funds we have given are to help set up self-help groups among these farm women. In Newfoundland and Labrador a group of women is developing a training guide on menopause. In British Columbia we have contributed $25,000 to a native women society to develop a mental health resource to be used just by native women. There are many many other projects but these are projects that were designed by the community. They didn't come from Health and Welfare, we didn't suggest them. I think it is important that women have a chance to receive funding for the things they see as being important in their lives.

We also have national programs, programs that are designed in Ottawa, and then carried out across the country. For example, there was a breast-feeding package, a package for professionals which was distributed to physicians, public health nurses and other health professionals to bring those professionals up-to-date on the benefits and problems of breast-feeding because it had gone out of vogue and people didn't know how to answer very basic questions. This package was a success, so to follow-up we developed materials for the consumers, so both professionals and consumers have the same kind of information and are on an equal footing.

Another national project is a booklet which came out on the effects of tranquilization: Benzodiazepine Use in Canada by Ruth Cooperstock and Jessica Hill. This booklet confronts the whole issue of tranquilizers, but it is also specific in that it questions as to why women are prescribed twice as many tranquilizers. It does not label physicians as being culprits, it does not blame women, but it tries to analyze why we have this situation and what we can do to ameliorate it.

A large group resource which is displayed here, interestingly enough, came out of a very small project started by a group of women who wanted to do something for women who had alcohol problems and problems with tranquilizers. This group applied and received funds to develop a resource package for Ontario. The package was deemed so successful and popular that the Minister and other women in the hierarchy gave their support for a national project. Thus we took the small project, redesigned it and developed a national

version in French and English. This project has three parts to it: a film, a flip chart, that you see here, and a substantial discussion guide so that it can be used by someone who is not an expert. You don't need to know anything about alcohol, you don't need to know the difference between one benzodiazepine and another, you don't even have to know what a benzodiazepine is, you can pick up this book and work through it with groups on what some of the problems are; what some of the difficulties are for women who are not necessarily addicted to these drugs but who may be using them in ways they find upsetting.

We have taken this resource and we have trained hundreds of women across the country to use it. As I say, they don't have to have this training but we consider the training part of our promotion, giving them more insights that promote its use. That is indeed what happened. We don't know yet how many women have been exposed to the material, but from our evaluation this spring, from the letters that pour in, and all kinds of thank you notes, we know that we not only designed something that we wanted to promote from Ottawa but we designed something that spoke to the concerns women have.

I could go on with some more examples of programs but I think that's one kind of thrust. Another kind of thrust that we are attempting is to interject into all our programs the awareness of women. Whenever we do a campaign for example, an advertising campaign, be it on drinking, smoking, we try to be conscious of the fact that we have to represent women and we have to represent them in a non-sexist way. If we do a campaign, which we did, called Dialogue on Drinking, we can't just talk about men with a drinking problem, we have to talk about women and their special problems. When we did that campaign, we did an ad which didn't depict an alcoholic woman, or an image that is conjured up socially, the ad simply talked about a woman who was having trouble because she drinks in situations in which she shouldn't be: she doesn't drink that much but just drinks at the wrong time.

I'll give you another example. We have recently begun a smoking campaign, a smoking program in which we wanted to help people who wanted to quit smoking. So we sent off materials to be designed for this campaign and they came back, and all the art work looked very nice except for the fact that it only had men on the front cover. Again, the women who worked in this area said no, you can't just have men, first of all, men are quitting faster than women and teenage girls are smoking more than ever before: you must have women. We sent it back, and sure enough, we have a woman on the cover, she's in the centre of it. Some say we went from one extreme to another, but those of us who work in women's health think that it's high time we went to some of those extremes.

We are also involved, and although Freda listed some of the things that she has inspired, she didn't mention her own hard work in seeing that those things were accomplished. We join in activities with the National Film Board and with people like Freda who ensure that there is financial backing from the ministerial level for those activities so that we can indeed share in the development of films for and about women.

In closing I want to stress that there's one thing that is crucial to all of this: I've noticed it particularly since starting to work with the federal government: that is that among the women who work on these programs, on these projects, in the research areas and in the planning areas, there is something that is beyond the call of duty, there is always a commitment. It's a much stronger commitment than one seems to see in other areas. It's not just a job. It's an affiliation. It's a belief and it certainly makes a difference when pushing for and trying to keep alive some of the efforts that we embark on. Thank you Freda.

Freda Paltiel:

Thank you Barbara. Barbara mentioned in her talk something about services to and with immigrant women and some of you may have read in the paper recently a notice about Dr. Terry Kendall of the Vancouver Health Department who prepared a set of one-hour video tapes available across the country for women who speak Hindi, Punjabi, Cantonese and Vietnamese. The tapes explain how Canada's maternal health system works and provide tips on ensuring a healthy pregnancy. When I read it, I got a particular tingle of satisfaction because it seemed only months before that I had been sitting at a breakfast meeting with someone in a hotel here wondering how we could get that wonderful idea funded and started and actually going and there it is, I'm reading about it in the paper.

CULTURAL VALUES IN HEALTH EDUCATION

Dr. Jean Steckle, (Medical Services Branch):

A few weeks ago, I had the pleasure and the privilege of being invited to the founding conference of the Inuit Women's Association of Canada, at a meeting held in Frobisher Bay, the Northwest Territories. The women asked me, as I knew their way of life, and they wanted me to come with other resource persons from Southern Canada. We were invited to follow the proceedings through simultaneous translation from the Inuit language.

The importance of cultural values permeated this conference. The seal and the caribou are still the foods central to the Inuit way of life. This was emphasized by delegates who represented tiny communities, some as small as fifty people or as large as a thousand people scattered across the Arctic from Iklavik on the Beaufort Sea, to Baffin, Northern Quebec and to the Eastern shores of the Labrador. Inuit women delegates reported that their communities are receiving "hate mail" from European groups rallying to protect the seal. They discussed this and if they should produce their own film to show their "way of life" and counteract the propaganda of the Greenpeace foundation. Equally discussed were new methods of parenting, the equity clause for native women in the Canadian Constitution, and traditional midwifery practices that could help to personalize the health services available to Inuit women in Central Hospitals.

In the few minutes at my disposal today, I want to talk about my experience integrating nutrition in community based health services of Indian and Inuit Health. I shall use this experience as an example of how Medical Services Branch is attempting to implement the new Indian Health Policy to consult with native people and to involve them in decisions for the delivery of health services. I shall not describe our organizational structure other than to say we have the mandate to deliver health care services to all status Indians and Inuit and in the Northwest Territories. The Nursing Station or Health Centre in the community is the focal point for health services provided in more than 500 communities throughout Canada.

A deliberate attempt was made to improve the nutritional status of native people following the publication, in 1975, of the results of a nation wide nutrition survey. Nutrition Canada showed that Indian and Inuit people had greater nutritional problems than other Canadians. Reports showed low serum levels of Vitamin C and A and low consumption levels of calcium. Examinations showed extensive obesity, diabetes and

dental carries. Reviewing the health care service, it became evident improvements could not be made without a much greater commitment from people themselves. A nutrition policy was needed to consult and involve native people.

The Community Health Representatives, having worked in the communities on nutrition problems, were called upon for consultation representing native people. The Community Health Representatives speak the language of their community, are chosen by their community to take training in health, are usually women and return to work in their own communities with the nurse. Meetings are held in those geographical areas that had demonstrated the greatest nutritional need. In the Mid-Canada corridor, between 50 - 60 degrees latitude support services, education, and transportation are limited and nutritional problems are more severe. CHR's addressed these problems proposing culturally appropriate methods to involve local people in nutrition education. The main objective was to improve nutrition knowledge and the availability of nutritious foods at reasonable cost in these communities. The Inuit Community Health Representatives are at a different stage in providing education for a transitional diet. Although nutritious land food is still the most important in the diet, people line up to buy chocolate bars and coke at the new community stores. The Community Health Representatives recommended introducing colour code labelling in the store to promote nutritious foods. Recommendations were endorsed Regionally and by one of the prominent distributors to introduce a Nutrition Upgrading program. Local Nutrition Advisory Committees have also been established in most Regions. They include not only the Community Health Representative and Health professionals but also representatives from local native organizations particularly Native Women's Organizations and other key groups such as the Hunters and Trappers Association or the Environmental Contaminants Committee.

Perhaps I should describe some of the programs and activities that have resulted. A nutrition poster contest for school children was held in the Indian Schools of Manitoba during Nutrition Month. An awareness for culturally appropriate nutrition programs was generated not only with the children but with the teachers. Other provinces asked to have the winning posters published for use across Canada. The four posters on display were published for Nutrition Month this year, leaving space to translate the caption into the local language. One Community Health Representative went on a local radio-phone-in show to get the best wording for the caption, another got concensus from the elders on what should be said. If materials are culturally appropriate, local people will find a way to use them. Land food is still used extensively north of 55 degrees latitude. As many as 1/3 of the families live off land food. We decided it was important to publish "Bar Graphs

of the Nutrient Value of Native Foods" to compare with the nutrient value of store foods. The bar graphs illustrated the percent of the nutrient available to meet the daily requirements of a teenage girl. The CHR's are delighted to be able to show people the nutrients available in land food. Game has much less fat than domestic meat. Local greens and berries can be rich sources of Vitamin C, A and calcium. Bar graphs have proved to be successful in both nutrition counselling and in Group Education Programs.

Concerning nutrition and children, we think about 70% of Canadian mothers are breast-feeding now. We do not know what Indian and Inuit mothers are doing or why? We suspect mothers in some communities are still bottle-feeding as a result of the conversion to bottle-feeding practices promoted some 20 years ago, or they may have maintained their traditional practices and completely breast-feed. In 1983, we decided to build a consultative process with women at three levels, to determine current breast-feeding practices and why:

1. through a survey of hospitals where Indian and Inuit women deliver their babies;
2. through a community awareness survey to find out what support systems are available and used in communities also the attitudes of the local health committee towards breast-feeding;
3. to document breast-feeding practices on the infants chart for 6 months; the information will be accessed at 3 months and 6 months to provide interim reports on breast-feeding rates to the community and why mothers chose the method they did.

These tools encourage consultation between institutions and help us deliver a more culturally appropriate health service. Feedback reports will be provided to the community on a quarterly basis comparing the community results with the Zone, Region and Branch results. This is the first time we will use the computer and one page printouts as a consultative tool for community based health services for women. It is too early yet to project the outcome. Nevertheless, the returns on the hospital survey show nearly 90% completion and we expect to hear from 600 hospitals in Canada serving Indian and Inuit women.

With this kind of dialogue we aim to improve our counselling and educational services with Indian and Inuit women in Canada.

Thank you, madam chairperson.

DISCUSSION PERIOD

Susan Tanner (Law Reform Commission):

I was wondering if you have information on what percentages of the research budget of National Health and Welfare is devoted to women's health issues? There was a dollar figure of 2 million and I was wondering what percentage that is?

Barbara Naegele (Health Promotion Directorate, Health and Welfare Canada):

I couldn't give an actual percentage. The difficulty is that many projects include a section on women, although the whole project isn't on women. If we went just to count the projects that were only on women we would be very low. It would still be higher than it was in the past, but I don't have the actual percentage.

Sylvia Gold (Canadian Teachers' Federation):

I wonder if there are any projects that you know of that relate to adolescent girls growing up, puberty and so on. This is an area of particular interest to teachers in helping us help students at that age understand what's happening to their own bodies, develop their own sense of identity and perhaps to help them overcome some of the difficulties in growing up.

I suppose a related issue is our concern in encouraging girls at that age to maintain an interest in the sciences and technologies which to date they identify as male enclaves. So with this problem of self identity, growing up, health and physiological changes, perhaps if we understand more about what is happening to young women at that particular age we could help them deal with their own sense of identity as well as the broader issues.

Barbara Naegele:

I can certainly give you a name and phone number of a person who could go over all the projects that are funded related to adolescence. And also we can refer you to Maureen McEvoy, who, I believe is in the audience. There's a new film coming from the National Film Board on adolescent girls and career choices and one of the thrusts in that film is that the adolescent girls should and can follow the sciences and engineering fields.

Freda Paltiel

I would like to hear from Maureen McEvoy because there are several other films that the National Film Board and Studio D are involved with that can help answer that question.

Maureen McEvoy (National Film Board):

Well, thank you. One always likes to do a bit of public relations. We have two films particularly that answer your question. One is having its premier in two weeks and is called, "I Want to be an Engineer". It's a film about three women who are engineers and it tries to break down some of the stereotypes about being an engineer. We have a film which Barbara just spoke about. It is a film on career choices for young women. It will be done in French and English and it should be ready by September for use in the schools. What this film tries to do for women is to encourage them not to take away math and science, to consider nontraditional work, that there are possibilities for you and you don't want to rule them out so early.

Freda Paltiel:

We are approaching the International Year of Youth 1985. Youth also come in both sexes and I was hoping that someone would raise this. I have, in the past six or seven years, taken a life cycle approach toward health needs, risks and tasks for each and both sexes. We are encouraging the Advisory Council on the Status of Women also to have a project on adolescent girls. I don't know if there is anyone here from the Advisory Council who would like to speak to us but this is certainly an activity which could engage each and all of us. I also see Jean Goodwill in the audience and maybe from her perspective she would like to tell us something about adolescence and native women and what could be done.

Marylee Stevenson, (Canadian Advisory Council, on the Status of Women):

I guess I could talk about a few things that are relevant here. The adolescence study is in a very formative stage. We want to look at what is going on in terms of the orientation of young women towards the future. We are trying to broadly define the concept of career. When young women make decisions about what they are going to do with their lives, if they envision that as mother/wife at home always, this is every bit as much something to be looked at as whether or not they are going out into the paid labour force or some combination thereof. If somebody else wants to contact us and talk more about this they are most welcome to do so. At this point, we've just had the literature and resource review. We had a consultation day and we're now making decisions about where we'll go next in terms of the larger research itself. Our other project, one of those I'm dealing with, is Women in Health. We want to look at women as health guardians, the health monitors in the home, and after that at women's issues related to health, for instance, problems with addictions, or crisis situations or pathological situations, breast cancer and

so forth. We wanted to identify the kinds of work roles that women have in the home throughout much of their lives in monitoring and caring for their own health and that of other family members (sometimes not even members of family but people that they're responsible for). We all know that women do this and it's largely and perhaps only women that do this, but we want to document its existence and to then - because the Advisory Council is concerned very much with policy issues - to try to pinpoint areas where society should be taking a larger role in this work that women have to do. I talked with my colleagues and other people from Health and Welfare on this in our early stages and we are also now just making decisions as to the next stage of research, after consultation and review of the literature and resources. We'd be pleased to talk with anyone who would want to get in touch with us.

Freda Paltiel:

This is very important in the context of deinstitutionalization which is taking place now. The Canadian Mental Health Association has a committee looking into care of the chronic, or long-term, mentally ill person and certainly the burden falls disportionately, as we know, on women when the community support services aren't there. There are also some physicians, at least one in the audience, providing health services to young adolescent women and it would be useful to know from her or them what kind of agenda they would provide us with in the kind of work that we should be doing in health education, health promotion, research support and in-house research.

Jeela Moss-Davies, (National Inuit Women's Association):

Dr. Steckle mentioned she attended an Inuit women's conference in Frobisher Bay very recently. In the area of health we as Inuit women are hoping to be able to aid in making a bridge or communication with the Department responsible for the services that are going on in the community. Because at this point I think that there is a lack of communication between the department which is located down here in the south and the community that they are responsible to, which is in the north. We discussed some of the problems that are faced by Inuit people in the north that need special attention, and have to come down to Montreal or to other regional hospitals. There seems to be problems that have been realized for a long time, but because there has been a lack of communication between the department responsible and the people that are involved, they haven't really been resolved. And we're trying to do something about it now. The other issue that we discussed at the Inuit's Women's Conference in Frobisher was the need for Inuit women who are involved with midwifery. It seems to me that these women are willing to provide

the services because they have the experience and the background already. But because they are not recognized as people who can provide adequate knowledge and service, women have to travel to central regions or towns to have their babies which means they have to leave their families and their communities for up to two months and that was discussed at this meeting. It seems that the area could be given some attention from departments that are responsible for services.

Another point that Dr. Steckle mentioned was Community Health Representatives. The C.H.R. program has been activated in the western artic but not yet in the eastern artic and in some parts of Labrador and Northern Quebec. It's being activated largely because it is needed in very isolated communities where somebody would be responsible for looking into health requirements and education in nutrition and medical services. Programs have been started on nutrition education but there needs to be an ongoing process in nutrition and health education in order to have positive outcomes on the program. I'm aware of the fact that these services are well meaning and given by the government but very often when there's no communication between the local people and the people responsible for giving services things get out of hand and don't seem to get done. I'm hoping Inuit women will get involved in health and nutrition education and we'll be able to provide for an exchange of ideas with other Inuit women's groups in Canada as well as in Alaska and Greenland.

Freda Paltiel:

Thank you very much Jeela Moss-Davies. We all wish you good luck in your new organization. It was good to hear from an organized voice on the programs and projects we should be undertaking with you on your behalf.

Dr. Mary O'Brien (Health Services, Carleton University):

One of the remarks made here was directed to me. I'm very fortunate in working with the students at Carleton University in the Health Services. I would just like to mention some of the things that are becoming apparent to us in the young adult groups. Increasingly, I think, we are seeing the difficulties of young women who are torn between their careers and caring for families at home. We are seeing single parents in increasing numbers. This issue has to be addressed because if you look at the divorce rate many of our future students are going to be single parents and we will see more of them in the community as well. In the work palce we have to address the effect of technology on women - an increasing concern I find among the women who are working within the University because

VDTs are sort of popping up almost daily all over the place. I know we talked about the issue of drugs and alcohol, which tends to be centred on older women. But I would like to see some work on the effect and use of alcohol among young women and education as to its effects. Alcohol use by young people is general and it's increasing at a remarkable rate among women students. I know this is an old issue but I would like to focus on it again because it is still with us - and I'm talking about pregnancy among the single women and the related issue of therapeutic abortions. This is relate to education about sexuality, which has already been mentioned. I think that is where the grass roots are - in the schools. There has been much more focus of education around sexuality at a much younger age. Just briefly, to mention what you had mentioned earlier - anorexia - what we are seeing now is anorexia. But in the last two years it is bulimia that is increasing at an unusual rate.

Ann Ironside (University of British Columbia):

I work in continuing education doing the women's program and the lifestyle program and I wanted to tell you about an initiative in the voluntary sector which sprang out of a conference which Health Promotion Directorate funded three years ago.

The conference was the first national conference on health promotion in Canada and it was called, "Shifting Medical Paradigms: Disease Prevention to Health Promotion". One of the things that was identified at that conference as lacking was an independent agency which would assess health practice with the view to appearing before a policy committee, et cetera. The need we saw was to be relevant both to the community of people who are developing health alternatives and health professionals and policy planners. Out of that has sprung the Canadian Centre for Health Studies and it's just come into being and we'll be letting you know about it as it goes along.

Dr. Helen Denley (Radiation Protection Bureau, Health and Welfare Canada):

I am a practising physician and have practised part-time in the drop-in clinic in Centretown and I would just like to say a few things about the women that I have seen and the conclusions that I have reached about adolescent women: they are extremely ignorant about their own bodies and their own physiology and the majority of them are coming in for either contraception or treatment of venereal disease. If we are going to do this effectively, then they need to be educated on how their body works and a physician is very limited as to what he or she can do in the office in a short visit when you are running a very busy clinic. Surely this starts in the schools but I presume it needs to be followed up as they get older and leave school.

Suzanne Johnson (Social Planning Council of Ottawa-Carleton):

I am here representing the Social Planning Council of Ottawa-Carleton, which has not been involved in the issues of health in the past. We do not have a standing committee on health, but we are increasingly finding requests coming into the Social Planning Council for assistance for community groups that are forming around health-related interests, such as the question of extra-billing and assistance in doing research. I think that many of the comments that we have heard so far are indicating that the community at large is getting more involved in health questions and they are no longer relying entirely on the professional to give the public voice to issues of concern regarding health. I certainly thank your Department for the information you do give us because it's one of the few good sources of printed material that helps lay people in getting to the heart of some of the issues that are under discussion. But we are going to need to give people in communities more access to their own health care for the solving of their own health problems themselves rather than the more expensive and traditional curative medical systems that we have seen in the past. I hope we will have some more guidance from you on that side.

Susan Tanner (Law Reform Commission):

I just want to say that the Law Reform Commission Project that I am now working on has to do with environmental law is called the Protection of Life Project and this does not necessarily refer to abortions. It started with euthanasia and it's now dealing with environmental health. I was very interested in Maureen's comments that health and development are inextricably linked and I'd like to say that is both a positive and negative thing. We are looking at a large number of the negative consequences and that is of particular interest to women because of their role as health guardians in nutrition and in pregnancy. But there is no work at the Law Reform Commission going on about that and I would be very interested in what work there is on this issue.

ENVIRONMENTAL AND WORKPLACE RISKS TO WOMEN AND RESPONSIBILITIES OF HEALTH AND WELFARE

Dr. E. Somers (Health Protection Branch):

In a sense, the title of this paper suggests a paradox for, other than the effects on the reproductive and associated hormonal cycle, the hazards of the workplace environment are the same for men as women. However, risk is an amalgam, or the product of, probability and hazard and for probability we have to consider the exposure. The exposure of women to chemical and physical hazards is not necessarily the same as that for men in the workplace, in that women are often concentrated and clustered in particular occupations and situations. To illustrate, I would like to give some examples of our work, exphasizing current problems and the involvement of the Department with the provinces on programs that are of particular interest to women.

Indoor Air Quality

North Americans spend more time than ever before indoors - probably at least 70% of their life - and increasing attention is now being given to the ensuing health problems. There are two reasons why we are subjected to restricted air flow in our working environment: the advent of air conditioning and hence closed systems, and the energy conservation programs. Indoor air quality is almost certainly a more important health issue than that of outdoor air. In 1981, under the aegis of the Federal/Provincial Advisory Committee on Environmental and Occupational Health, a Working Group was established to develop guidelines for indoor air quality, examining such contaminants as carbon dioxide, nitrogen oxides, formaldehyde (not only from the notorious urea-formaldehyde foam insulation but also from wood fires, cooking, curtains and carpets), radon and its decay products. The guidelines to be developed will be used for recommendations and implementation in both the federal and provincial domain. Women who spend much of their time in their homes with their children are inevitably exposed to greater concentrations of these pollutants and also to many of the solvents and chemicals which arise from common household products such as, furniture polishes, cleaners, and pesticides. The Department was instrumental in using the Hazardous Products Act to introduce labelling for many household solvents and polishes whereby the nature and extent of the hazard whether it be toxicity, flammability, explosibility, or corrosibility is illustrated symbolically.

Guidelines to Control Risk for Women in Industry

Under the above Federal/Provincial Advisory Committee, a Working Group was also established in 1981 to develop a report on a particular aspect of this problem, namely pregnancy and work. The guidelines are intended to serve regulatory agencies and provide advice on such aspects of pregnancy as ergonomic problems, e.g. incidence of low-back pain; seating to minimize stress; the need for protective equipment and work clothes; protection from teratogenic chemicals, radiation, and pathogenic microorganisms or viruses, e.g. rubella. All these issues will be considered by the Federal/Provincial group.

Radiation Exposure

The Department of National Health and Welfare provides a dosimetry service to workers exposed to ionizing radiation. This service, which was established in 1951, serves some 90 000 Canadian workers each year, of whom 35 000 are women, and is the most comprehensive in the world. Thermoluminescence dosimeters are used to assess doses from the National Dose Registry which contains over 300 000 individual lifetime radiation exposures. The users range from dental workers, industrial radiographers, to university scientists.

I would like to give an example of a regulation which was developed with the best of intentions but which served, in fact, to discriminate against women. Schedule II of the Atomic Energy Control Regulations specify a reduced whole-body maximum permissible dose rate for female atomic radiation workers of reproductive capacity of 1.3 rems per quarter and no more than 0.2 rem per 2 weeks to the abdomen, as opposed to 3 rems per quarter for men. Clearly these limits were intended to protect women's health but the end result was that employers were reluctant to hire women because of the rigorous requirements. The medical advisers to the Atomic Energy Control Board, some of whom are from this Department, decided that, in reality, there is a small chance of women receiving a large dose of radiation while unknowingly pregnant. Current knowledge of contraception is such that there are few women in this sophisticated work force who would unknowingly become pregnant. In addition, there is a very small chance indeed that the low-dose to which women could be exposed would adversely affect the foetus or embryo. The conclusion is, therefore, although we need a limit for pregnant women we do not need one for all women of childbearing age. The Atomic Energy Control Board, following this recommendation, announced in September 1981 that they were considering rescinding these regulations and provide protection only for pregnant women. The special

dose limit for pregnant women is retained - 0.6 milli-sievert per 2 weeks for the embryo or foetus. It is the responsibility of the female worker to advise her employer when she is pregnant. This case history illustrates governmental action to remove an unintended act of discrimination against women in the workplace.

In recent years, we have seen mounting public and worker concern with Video Display Terminals (VDTs). In part, these concerns reflect the disturbances attendant on the introduction of a new modern technology to the workplace. In addition, there are clearly ergonomic and lighting problems relating to the use of VDTs. However, I want to concentrate on the particular aspect of the problem, namely possible radiation hazards. The Radiation Protection Bureau of the Department promotes the safe use of all radiation emitting devices under federal jurisdiction. Under the Radiation Emitting Devices Act - which provides statutory authority for regulating the safety of such devices sold in Canada - regulations have been introduced for TV receivers and, of course, VDTs are another form of TV receivers which have been extensively investigated over the years. We have tested some 300 VTDs, comprising 150 different models: in no instance was the X-ray radiation greater than that of background. In addition, 48 different models of VTDs were measured in our low-level counting facilities which have been specially built with shielding so they can determine low energy X-rays at very, very low levels - 500 000 times lower than the mandatory standard for VDTs (0.5 mR per hour). No X-ray emissions were determined under these conditions. Reputable studies by NIOSH in the U.S.A. and by many other qualified workers have shown ultraviolet or infrared emissions to be non-detectable or 10 000 times below occupational radiation exposure limits.

Particular concern has been raised over the possible emission of ELFs, extremely low-frequency emissions. These emissions, of course, can come from any electrical apparatus that has an alternating current power source - such as an electric blanket, hand-mixer, or hair dryer. On the basis of available scientific data there is no evidence that the ELF emissions from VDTs are a health hazard. The intensities of the magnetic field are extremely low, well below the intensities that have been shown to produce biological effects. I am aware, of course, as you are that suggestions have been made of clusters of miscarriages in a number of work sites where VDTs are used. Every investigation to date has shown that this effect is a statistical phenomenon related to the occurrence of apparent abnormalities in small isolated groups. It also has to be remembered that the normal miscarriage rate can be as high as 15% of all pregnancies. None of this should be construed to mean that there are no problems with VDTs - potential or actual - but, that

on our present evidence, we are convinced that neither to the old nor the young, female or male, pregnant or not, are there adverse radiation health effects from VDTs. Other problems such as visual difficulties, job stress, and ergonomic effects are under active consideration in a number of countries.

Hazards from Chemicals

Chemicals can seriously affect the reproductive process. They can prevent conception - leading to infertility; they can arrest the process - leading to spontaneous abortion; they can alter the embryo and foetus - leading to birth defects, i.e. teratogenic chemicals. I should like to present some examples of our studies and of the way in which we inform the workforce of possible hazards that they may be exposed to from chemicals.

The Department has issued for some years Medical Device Alerts to inform health professionals and, hospital administrators, and manufacturers on possible hazards. In January 1982, such an Alert was issued for ethylene oxide, which is used as a sterilizing agent in hospitals. This gas has been shown to be both mutagenic and carcinogenic in animals and clearly, hospital staff, particularly women, can be exposed to this chemical. We have made recommendations on protective clothing, on the use of negative gas pressure, on the number of air changes per hour in the sterilizing rooms. In fact on all the types of care one ought to take to reduce exposure. Similarly, an Alert was also issued last year for nitrous oxide, which has the potential to increase congenital abnormalities and cause neurological disorders. Dental staff, often women, can be exposed to this gas and we recommended procedures for the removal, or scavenging, of the gas from dental surgeries.

Pesticides can have potentially adverse effects on reproduction. As part of the registration process the Department advises the Department of Agriculture for the Pest Control Products Act on the data, derived from animal studies, presented by manufacturers on these possible effects. We are particularly concerned on the effects on women of childbearing age who may be occupationally exposed as they spray these pesticides. We have measured pesticide levels in homes following routine use, and have studied the exposure of spray applicators to pesticides. Users are warned of the hazards associated with pesticides and to minimize exposure the Department advises on the precautionary statements and symbols on pesticide labels and on the use of protective clothing and equipment. A review of the potential health effects of 10 pesticides, including reproductive and teratogenic effects, has been carried out for the World Health Organization (WHO) and will be published as Pesticide Data Sheets.

A number of environmentally distributed chemicals could be of potential hazard as mutagens or teratogens. During 1982-83, 30 chemicals having mutagenic potential were studied in several in vitro assays: These are quick, economic tests that can be used to predict toxicity. Nine of these chemicals, having the potential for significant human exposure, will be studied using in vivo assays during the next fiscal year. The teratological investigation of the tetrachlorobenzene isomers has been completed and will be published. Other chemicals tested and for which no potential hazards to women appear to be present are: trichlorobenzene isomers, dichlorobenzene isomers, pentachlorotoluene and pentabromotoluene. All of these chemicals have been identified, from analyses of fish, as contaminants of the Great Lakes System. A review of the potential health effects of 23 organochlorine compounds for the WHO has recently been completed.

On this issue of the evaluation of chemicals, I should like to emphasize how closely our work is coordinated with that of international agencies. We were most active in developing the Guidelines for Toxicity Testing of Chemicals of the Organization for Economic Cooperation and Development, and work closely with the UN Agencies, in particularly the WHO. Canada played a leading role in the establishment in 1980 of the International Program on Chemical Safety, a joint program with the International Labour Organization, the United Nations Environment Program, and WHO, which is designed to strengthen and buttress the international evaluations on the hazards of chemicals and to develop guidelines that will lead to their safe use in all aspects of our lives.

Let me end on, for this largely female audience, an optimistic note. I have talked about risk, but in terms of risk, most of the audience are better served than I am. Canadian statistics on mortality clearly show that even when accidental deaths are excluded, the male deaths are significantly higher than the female at almost all ages: at 60 years the death rate for men is more than double that of women. In Canada, one of the most dangerous risks is to be born male. As a member of an endangered species - may I congratulate you!

REMARKS AND INTRODUCTION OF DR. KHANNA*

Michel Careau

I am pleased and honoured to have been asked to introduce Dr. Sumedha Khanna to such a select audience and to say a few words on the Pan American Health Oranization and its action plan. You will, I trust, allow me to do the latter first, closing with the introduction of our honoured guest.

PAHO is the oldest still active international organization. It is now eighty years old, having been created in 1902. It served as a model for the WHO, which was legally formulated in 1946 but only really took flight in 1948. PAHO now has a membership of 37 countries, three of whom are European countries considered participating members: France, the Netherlands and the United Kingdom; Canada became a member on September 27, 1971.

Although PAHO has an independent status and separate legal existence, it is linked to the World Health Organization by the fact that it is the regional office for the Americas for that body. In that connection, there are numerous exchanges between Geneva and Washington (the respective headquarters of the two organizations). The Director of PAHO is, formally, the senior-elected officer of his Organization and also a WHO employee designated by the Council of that world body and responsible for seeing to the application in the Americans of decisions and resolutions passed by the WHO's directing bodies.

PAHO's program in the short and medium term is: implementation of regional strategies to attain the world goals set by the WHO: Health for All by the Year 2000. The primary and secondary parameters of this are, briefly:

1. that no country in the region have a life expectancy at birth of under 70 years;
2. that no country in the region have an infant mortality rate of more than 30% per 1000 live births;
3. that no country in the region have a mortality rate of more than 2.4 deaths per 1000 population among children aged 1 to 4;
4. that immunization services against the major childhood diseases be available by 1990 to 100% of children under the age of one year and that this coverage be maintained during the closing decade of the century;

*Original in French

5. that drinkable water and sewage treatment be available to 100% of the population; and

6. that health services be extended to 100% of the population.

Those then are the parameters. These essential objectives cannot be met unless we are prepared to make changes in the health field and to set progress into motion in other sectors as well. Economic development that is cohesive, overall and balanced is necessary for economic and social progress to be made. The health field cannot attain these objectives by itself. It needs the support of other sectors.

The target groups of this action plan are those in the sidestream of national life; that includes children and women of childbearing age, the elderly and the disabled. The countries in the region will have to meet the action plan objectives concerned with contributing to lessening the social and economic inequality of these groups if they are to be reached, through a new order of priorities. On the one hand, health systems will need to be restructured and extended to allow better balance, better efficiency and increased effectiveness. On the other hand, economic policies and health projects must be based on the creation of links and better interrelationships between the health sector and other sectors. Finally, cooperation at the national, international and regional levels must be promoted.

To assist with the attainment of these objectives, our region has among its resources an artisan of great worth, a person whose technical knowledge, experience, administrative skills and supreme humanity have allowed her to attain the highest ranks of the regional Organization: Dr. Sumedha Khanna of PAHO's Division of Comprehensive Health Services.

Dr. Khanna was born in New Delhi, and studied medicine in her country, obtaining her degree in 1960. She specialized in obstetrics in England, where she received her D (OBS) RCOG in 1963 and her M RCOG in 1965, then going on to a Masters in Public Health at an American university in 1967. Dr. Khanna speaks English, Spanish and Hindi, reading and understanding French and Portuguese. She has enough German to get along in a "pinch" as well.

I have the honour of presenting this eminently-qualified person to you at this time. She has graciously agreed to set out the PAHO's action plan for women's health and development.

Ladies and Gentlemen: Dr. Sumedha Khanna. .

WOMEN IN HEALTH AND DEVELOPMENT
PAHO's FIVE-YEAR REGIONAL PLAN OF ACTION
"CURRENT AND EMERGING ISSUES"

Dr. S. Khanna

Introduction

The United Nations Decade for Women is rapidly coming to an end and a World Conference is being planned for the end of the Decade to assess the real progress being made with regards to the status of women and their participation in the Development Process. PAHO's Five-Year Regional Plan of Action for Women in Health and Development (1981-1985) was adopted by PAHO's Directing Council in 1981, in response to a call for intensive action in the Health, Education and Employment sectors, recognized in the World Program of Action for the second half of the UN Decade for Women.

The Regional Plan of Action should not be considered as a static document. It is an integral part of the Regional Plan of Action for the implementation of the Regional Strategies to Achieve Health for All by the Year 2000. As the countries of the region and PAHO begin to implement the ideas contained in the Plan, new information and new experiences are emerging which enrich our understanding of the issues and needs of women in health and development and the complexity of the tasks ahead. They also help to sharpen our focus on specific activities which could contribute to achieving the goals of the Plan. This paper attempts to highlight some of these issues and needs and suggests approaches and main areas of thrust for the next several years.

There is no doubt that the goals set forth in the Work Plan of Action for the UN Decade for Women will not be achieved at the end of the decade. There is every reason to believe that a foundation has been laid to increase the world's awareness to women's issues and participation in development. A call for continued and intensive efforts to improve the status of women in development will surely be made at the next World Conference.

Background

In 1975, International Women's Year, a World Conference was held in Mexico City which adopted the World Plan of Action for the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace, 1976-1986, and the Declaration on the Equality of Women and their contribution to Development and Peace.

At mid-point of the Decade, a second World Conference was held in Copenhagen during July 1980, to examine the progress achieved in the first half of the Decade and to outline a Program for the future. At this Conference it was recognized that while many countries had made significant efforts to integrate women in development, there was considerable lack of progress in many areas and serious problems and constraints to achieving the goals of the Decade continue to exist in many countries. Perhaps the most significant achievement during the first half of the decade was an increase in awareness and sensitization to women's needs and problems among the policy and decision-makers. Special research studies and improved data on issues pertinent to women's role and status in development are contributing to an overall increase in understanding of these issues and needs. Available information however, has not been fully utilized or applied to take the necessary and specific measures in order to alleviate some of the problems which affect women's status and role in development. The World Program of Action for the second half of the UN Decade for Women, mandates Member Governments to focus their activities on the alleviation of these problems, particularly in the sector of employment, education and health.

In 1979, member countries of the World Health Organization adopted the goal of Health for All by the Year 2000. At the Alma Ata Conference the countries endorsed the Primary Health Care approach as the principle strategy for achieving the goal of Health for All. In 1980 and 1981 successively PAHO's member countries approved the Regional Strategies and a Regional Plan of Action for achieving the goal of Health for All by the Year 2000.

These overall mandates have provided PAHO and WHO with the frame of reference for the development of activities in relation to health needs of women as well as women's participation in health and development.

A Five-Year Plan of Action on Women in Health and Development (1981-1985) has been prepared for the second half of the UN Decade for Women which provides guidelines and mechanisms whereby, the Organization, the Pan American Sanitary Bureau and the Member Governments can integrate women in health and development activities proposed by the U.N. World Program of Action, into ongoing and new health and development programs in the Region. The main areas on which the plan focuses are identification of health problems and needs, dissemination of information, development and strengthening of health programs in response to these health needs, and women's participation in the health sector.

Issues Concerning Health Needs of Women

With more information available and being analyzed on women's health problems and needs, our understanding of these issues has broadened and sharpened. It is increasingly recognized that women's health issues need to be examined from a much wider perspective than the traditional view of women as mothers. Efforts to improve women's health is a complex matter and will necessitate fundamental attitudinal and structural changes in society.

Health issues cannot be isolated from the development issues. Health both contributes to and results from economic and social development. The status of women in a society is a significant reflection of the level of social justice in that society, and the nature of their participation is key to how a society can reach the goals of development. Women make up half of the world's human resources. Where they are trapped in a cycle of poverty and ill health, their potential contribution to development is unrealized. Wherever they are bypassed by education and technological advances and isolated from the mainstream of community action, development is progressing at half stream. Wherever there are inequalities, between women and men, the development is not being achieved. Women's status reflects some of the most basic values within a society, including the social and cultural values towards the family and children.

Women's health issues transcend beyond the traditionally recognized as those related to the process of reproduction and women's role as mothers. Much more data are now available as a result of recent studies on health needs and problems of women. However, more specific and reliable data are still needed and data available needs to be utilized by planning sectors. Studies done by individuals are not necessarily known or understood and taken seriously by those responsible for planning economic development programs and allocation of resources.

Much more is known and understood about the health needs and problems related to the reproductive cycle and in general it is recognized that women are vulnerable to health risks due to the biological and psychosocial needs inherent in the process of growth, development and reproduction. In almost all countries maternal causes are among the five leading causes of death for women aged 15-44. The maternal death rates in many Latin American countries continue to be 10-50 times higher than in the developed countries. As childbearing is spread over a longer period in developing than in developed countries, women in developing countries not only undergo a higher risk per pregnancy but

they are at risk over a longer period of their lives. Many countries especially in Latin America are undertaking studies of risk factors affecting mothers in order to take specific measures to reduce these and hence improve maternal health status.

Health needs and problems related to women's roles as mothers including maternal nutrition, anemia, lactation, and high fertility are increasingly recognized by the countries of the region which are also strengthening the relevant programs.

Data on women's other health problems such as cancer, cardiovascular diseases, sexually transmitted diseases, and mental health are inadequate as in most countries health statistics are not broken down by sex.

In the recent years, an increasing number of special studies have been done which have made more specific information available, particularly on the interrelationship of health and other sociocultural factors affecting status and role of women, i.e. literacy rates, employment trends, prevalence of abuse, and violence in women; mental stress among women; fertility-related health risks including abortion; nutrition-related health problems. The information available however, has been limited to specific areas and generally is not fully utilized in planning health programs for women.

On the other hand, relatively limited and reliable data are available on correlation of women's health status and health of family particularly young children. For example, working mothers are generally late seekers of health services especially poor working mothers in the urban areas who are generally self-employed or who have to work long hours (e.g. in occupations such as street vendors and home-helpers). What is the impact on the health of their children (due to neglect or to being left unattended) especially on their nutrition, general health status, education performance and attendance in schools and on their mental and physical growth?

Demographic projections in Latin America show rapid urbanization. In fact, more than 70% of the population are now living in urban areas particularly in the rapidly growing urban slums and marginal areas. Recent studies in some of the cities have shown that the proportion of working mothers is significantly increasing and home and traffic accidents and violence are among the principal causes of death in children under 5 years of age. To a casual observer a large number of young unattended children roaming in the very crowded streets and their busy intersections in these cities will be very obvious and these numbers are increasing rapidly. Obviously, these children are not attending schools

regularly and not receiving proper care and attention. The impact of these early deprivations on their health, mental and social development need to be of great concern to those concerned with health and development. Health needs and problems of poor working mothers and the resultant effects on the young children especially in the urban areas must be of priority concern to the governments of the region.

Another area of great concern in most countries of the region is pregnancy in very young women. Women 19 years or younger give birth to 13% of children in Latin America, and of those births 15 to 23% occur to teenagers less than 15 years old; the still growing, often unmarried child becomes the prime nurturer of a new generation, one that is disadvantaged from the onset. Pregnancy in teenagers and health needs and problems of the adolescent girls including use of drugs and alcohol are also primary areas of concern in the United States and Canada. With increasing number of women entering the labor force, health needs of the working women, occupational risks, effect of technology on working women including chemical safety, are also areas receiving special attention in these countries.

In summary, need to obtain more specific and accurate information and to undertake special studies in order to identify priority areas of concern, is obvious. Furthermore, such information must be used in the planning of health services and allocation of resources.

Health System Responses to Health Needs of Women

In general there is an increased awareness to the health needs of the women and efforts to expand or strengthen health services to meet these needs are continuing in the countries of the Region. All member countries of WHO have committed themselves to the goal of Health for All by the Year 2000 and are developing the Primary Health Care approach agreed upon as the principal strategy for achieving health for all. Within the essential PHC components - education in health, support for family self-care, care during pregnancy and child birth, family planning, immunization, provision of food supply and promotion of proper nutrition and the provision of safer water supply and waste disposal all address to the health needs of women. As countries expand their PHC coverage, health services for women will expand too.

In developing health services to meet health needs of women, several important issues in relation to functional accessibility of women to these services need to be considered.

Many health care programs do not take account of the constraints on women's time and mobility or of the sociocultural inhibitions that minimize women's access to health services. Women even more than men need health services closer to their door step. In the rural isolated areas and urban slums and growing marginal urban areas with little or no health services facility, innovative approaches to reaching women must be developed.

Growing numbers of women are joining the labor force as reported by the countries. Statistics of labor force are generally incomplete and often do not include self-employed women or women working in informal sectors, such as home help, informal agriculture cooperatives, small markets for farm or home produce, and handicrafts. Deteriorating economic conditions in developing countries along with general lack of social security systems and inadequate social welfare provisions are forcing more women to seek work and hence women are becoming main supporters of families. In many Caribbean and Latin American countries, especially in the urban areas, women as heads of households and incomplete family are a growing phenomenon. Recent statistics in the UN show an increase in female heads of households and single parent families (generally women). Women hence are wage earners, providers of family care and often also have to take care of the extended family.

Health care services traditionally are available during times not appropriate for working women, particularly those working in informal sectors or the self-employed women. These women often in need of even greater care thus tend to neglect their health as well as the health of their children. Men still are not playing a significant role in the health care of their families.

Traditional approaches to social and developmental planning and health services development will always bypass these deprived groups which unfortunately are increasing every year due to the increasing unemployment and worsening economic situation affecting the poor even more.

Innovative approaches in health care provision are needed, including expansion of health care services as close to home as possible and with active involvement of women and the communities as the concern is not just for health needs of women but also the neglected or incomplete care of young children whose growth and development, nutrition, and consequently mental growth and attitudes must be of priority concern to health care providers.

Combined approaches for health and other social development services need to be developed to meet a variety of needs especially for the families of the working women, for example for women working in agricultural markets or handicraft markets, a package of health care services, nutrition, day care services, health education, adult education courses, and sanitation should be considered. For young women especially pregnant teenagers, a combination of education, health care counselling and day care services for children might be combined. Intersectoral approaches to meeting the health and social needs of poor women especially working women and their families have not been fully explored.

Women and environment is a neglected area, yet it has much potential which has been incompletely explored. Tendency in general is to give much more emphasis to large water supply projects rather than simple measures to improve environment at home with active participation of the consumers themselves. Education is a key factor in this endeavor and women play an important role in improvement of home environment, sanitation practices and habits of the family, in maintaining quality of potable water and in solid waste disposal. Simple and innovative ideas are needed for education and participation of women in these areas.

Policies and legislation need to be adopted to support social measures which are required to meet fully the health and social needs of women. In addition to traditional family and community measures and health care, measures such as maternity and parental leave, provisions of day care of children, social security services for working women especially in informal sectors of self-employed women, child/family support from males and establishment of various types of community-based networks to support women in their expanding roles are needed. These are not just welfare issues. These are measures which primarily affect and involve women and the compatibility of their roles in all aspects of their lives, especially in the interrelated areas of employment, education and health. The development and application of these measures must therefore be on an intersectoral basis. Consistent and reinforcing policies, legislation and programs must exist within all related sectors, and special efforts need to be made to ensure that such measures are available to all women.

Women's Participation in Health Activities

The participation of women in health care in its broadest sense is far greater than that of men. Within the health and medical care systems, however, their participation is

inequitable, for they hold the positions with the least power, from the point of views both of decision-making and of remuneration.

The status of women as health care providers within primary health care cannot be assessed merely by counting the number of female health professionals. The family's home environment, lifestyle and resources largely determine the health of its members and the family is the basic unit of self-reliance in health care. In most societies it is the mother who is the first health care agent; she fetches the water, maintains the hygiene of the house, prepares the food, cares for the health needs of the children, the sick and the elderly. Women's access to information about health as well as resources for health care therefore is a crucial determinant of family health.

Within the community also, women have traditionally been important health care providers, through various forms of women's groups. The supporting functions of women's organizations are being increasingly recognized, and need to be further strengthened through appropriate resources.

At the community level, the first level of health worker in most countries is a woman, e.g. a traditional birth attendant, a health promotor, a community health aid or an auxiliary nurse. In addition, school teachers, many of whom are women, have important health education functions.

Within the health professions and in the formal health care systems, the status of women parallels their general status in most other academic and professional fields, and is directly related to national policies and academic traditions. A large proportion of nurses in most countries are women. Women are also present in increasing numbers in supporting technical professions such as radiology, laboratory technology, hospital architecture, nutrition education and dietetics, etc. Many countries are reporting an increase in the number of women entering medical professions, and their presence in the health care administration and at policy levels is very slowly increasing, particularly in the Caribbean and in some Latin American countries.

Women's role in health activities hence is being recognized at different levels and there is a general awareness to the need to increase the participation of women at higher echelons of health services, particularly at policy and decision-making levels.

Within the health care team subtle attitudinal problems prevail in relation to the role of the female members. For example, at community level, a male health agent sometimes is

given more responsibility than a nurse auxiliary or community health aid who might have more training. A public health inspector within the PHC team often is given a larger share of responsibility and leadership than a community health nurse, the latter often has higher skills and preparation.

Women are often not adequatley trained for supervisory and managerial roles. The problem of lack of mobility of women health workers has not received enough attention. In this area special training in driving and maintenance of vehicles is needed and in many developing countries women do not obtain these skills as early or as routinely as men do. This situation creates a dependence on male colleagues or on the health system resources which are often inadequate.

Recent activities and studies undertaken in several countries of the region on role and participation of women in health activities have contributed to an increase in the awareness and appreciation of these roles and of the constraints to their full participation at all levels. However, major attitudinal changes are needed especially in Latin American countries and among the policy and decision-makers and higher professional groups which are largely male dominated. Even within an International Organization like PAHO, women's status at the policy and decision-making level is very low.

PAHO's Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development-Status and Principal Areas of Activities

In 1981, PAHO's Directing Council adopted a Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development. The progress made toward improving the situation of women in the first half of the UN Decade was summarized in a report to the Directing Council, which passed a Resolution recommending that PAHO use its expertise to improve the health of women, capitalize on their role in providing health services, increase the number of women in decision-making roles at all levels, and improve the status of women PAHO staff members.

The main goal of the Five-Year Plan is to help PAHO and Member Governments successfully integrate women into continuing and new health and development activities in the hemisphere. The ideas contained in the plan form an important part of the Plan of Action for the Regional strategies to achieve Health for All by the Year 2000, in which women are considered a priority group because of their greater vulnerability and exposure to health risks.

The Plan calls for the establishment of effective mechanisms for the coordination of activities being developed at the regional and national levels as well as for monitoring and evaluation of the progress.

A special Subcommittee of PAHO's Executive Committee, consisting of representatives of three member countries has been established which is required to meet twice a year to review the progress being achieved in the implementation of the Plan.

PAHO has established coordinating mechanisms within its regional office and in the field offices to ensure that all relevant health activities take into account the needs of women. Most countries of the region have established central focal points either within the Ministries of Health or in other ministries such as Labor or Justice, for the promotion and coordination of activities related to women in health and development. PAHO's country offices are actively collaborating with these national offices.

In order to improve the overall knowledge of women's health problems and conditions, PAHO is preparing a publication Health Conditions of Women in the Americas, which will be available this year. It will also point out inadequacies in existing information and thus promote actions in the countries which will help to improve the data base and to establish an ongoing system to monitor the Plan of Action.

Research Studies relevant to women's primary health care needs are also being promoted and several countries are undertaking special research projects in many areas, including mental health, nutrition, breast-feeding, high-risk pregnancies and risks of contraceptive use, female specific cancers, new patterns of health care delivery, paternal responsibility and community participation.

An important area of emphasis of PAHO's activities is health education and community participation involving women. Among the activities this year are the preparation of adult learning packages, educational materials and guidelines which can be used by women's organizations and community groups to increase the community awareness of women's health problems, to promote changes in traditional images of male and female roles in the community and in health activities, and to encourage the participation in primary health care and disease prevention activities.

Currently, PAHO is conducting a survey of the role of women's groups in primary health care activities at the community levels in several countries. A technical workshop in April will examine the roles these groups are playing and how these can be further strengthened.

In the field of environmental health a series of video cassettes entitled "Latin American and Caribbean Women in Environmental Health" are being produced for community and school audiences.

A regional study on the role of women as health care providers, as part of the WHO global study is also being carried out.

As part of the activities designed to promote attitude changes in PAHO, a number of seminars and discussions have been held and others are being planned to meet the training needs of women in PAHO.

Conclusions

Since adoption of the Plan, a number of activities have been planned and initiated with the aim of improving the situation of women in health and development. There is a greater level of awareness to the women's health problems in the countries and of the need to increase the participation of women in health and development. But as we are reaching almost at the end of the UN Decade for Women, we cannot conclude that the progress has been very significant. We have to go much beyond the sensitization. Among the actions which the countries will need to undertake more vigorously during the next several years are: improvement in information system to monitor and evaluate the progress being made more systematically; adjustment and adoption of appropriate national policies and legislation to increase the participation of women in health and development activities giving special attention to poor and working mothers; increase training opportunities for women to enable them to participate in managerial and leadership positions; stimulate greater participation of women in primary health care through increasing their skills and knowledge and provide appropriate support services which would enable women to play their expanded roles in the society without deterrant effects on their families. Concomitantly countries need to undertake more vigorous action with regards to promotion of women's status and role including attitudinal changes in men and in society as a whole.

PAHO would also need to strengthen its cooperation activities giving specific emphasis to: the preparation of information and educational materials which would facilitate women to play an active role in health care as mothers, as members of community groups and as members of health care teams in the communities; support and development of women's resource groups at the national level and within PAHO to strengthen national and institutional capabilities; support and assist in the development of specific research studies which would improve the understanding of issues and specific measures aimed at

improving health status and participation of women in health sector; and intersectoral formulation of innovative projects at the country level aimed at meeting health and other basic needs of specific target women such as poor working women and adolescents; mobilization of financial resources for the support of these activities at national and regional levels; and monitoring and evaluation of progress being made in the countries and in the region as a whole.

The rapidly approaching end of the UN Decade for Women and of the Five-Year Plan of Action of course by no means signify an end to the thrust for women's participation in health and development. The member countries of the Region have committed themselves to the goal for Health for All by the Year 2000. Women's health and development activities must form an integral part of the national health plans and activities to attain this goal.

DISCUSSION CONTINUED

Claire Marie Fortin (Canadian Labour Congress):

I am the Occupational Health and Safety Officer for the Canadian Labour Congress. For those of you who think that I am going to rise to the challenge on VDT's I am sorry to disappoint you. But I would like to say, briefly, that if the issue was quite as simple as it has been presented here I would be a convert to the Health and Welfare position. Unfortunatley, it isn't quite as simple. But it does bring out one of the problems that I would like to ask Dr. Somers and that is the problem of the communications of the science around reproductive epidemiology. As you are aware, public health has largely controlled the development of methods in reproductive epidemiology over the last 30 years. Now that we are starting to look at the more subtle effects of chemical exposure, whether they are environmental or occupational, we have indeed some problems in determining the relationships between adverse reproductive outcomes and work-related environmental exposures. A glaring example of that occurred recently in a dry cleaning plant in Toronto. A black woman had three miscarriages over the last two years (she was working with carbon tetrachloride). She was told by her physician that blacks are more prone to having miscarriages. That is one of the problems we face when we are trying to sort out reproductive outcomes in workplace studies.

Dr. Somers (Environmental Health Directorate, Health and Welfare Canada):

I think you have to remember that the methods we have to determine the adverse effects of radiation or chemicals, with all their deficiencies, have been tried out for a long time. When we can, we work with animal populations and we extrapolate, albeit with inaccuracies, to human populations and make certain estimates and make certain margins and reach decisions. We have to reach decisions because we are dealing with these problems. It is very difficult to take a particular incident with a human population and extrapolate that and say an effect exists. The normal miscarriage rate is what - 15% I think? - So one is dealing with that particular fact. We are here to tell you as best we can the level of risk and as best we can to assess the evidence and make a reasonable judgment. There is nothing infallible about our judgment. You asked a question about reproductive physiology: there is a great deal of evidence from animal studies to give some indications of the facts. There is certainly a great deal of evidence in human populations on the effects of radiation so we are not in an absolute no-man's land, as it were.

Claire Marie Fortin:

As a politician, I'm sure you recognize that unless we have hard data or a body count we have a hard time accomplishing any legislation on the strength of animal data. This has been unfortunately the way we have to go. And given the way the statisticians and epidemiologists have evolved the methodology for reproductive outcome you are not about to find the body count just because of the nature of the methodology. I was hoping that perhaps a section of the pregnancy in work project would be looking at some of those problems.

Philip Banister (Health and Welfare Canada):

I might just sort of take up that point because I think what you say is true. On the other hand there is now an international Clearinghouse for Birth Defects monitoring system which has 19 programs in 25 countries and all of these countries contribute quarterly data in which the most expert attempt is being made to look for variations and new syndromes and for associations which would implicate environmental exposure in mothers. And over the past 5 or 10 years we have gone over many small episodes which have involved such groups as women scrubbing floors in Swedish mental institutions to farmers' wives who have been feeding chickens in the barnyard with mercury-treated grain. And through a lot of these episodes and by looking very carefully at case control studies, we have not really to date identified very many environmental tetragens. The other thing is that it's now some 20 years that these counts have been going on and the level of malformations has remained stable in most instances and has significantly decreased in the neuro-tube defects. So, whereas we are not claiming success we are at least somewhat reassured that we know, or at least we presume, that the load of environmental pollution is increasing and yet there is no evidence, fortunately, that the load of congenital malformations is increasing. I was intrigued by Dr. Khanna's remark that women would remain principally involved in reproduction although it might not be a prime concern. About four weeks ago there was a presentation on American TV of a couple from Chile and the woman over 40 years had produced 53 children: I think she is one of the examples of a person with a principal preoccupation in reproduction. I am glad that Freda brought up the question of the adolescent girl because I think that there are problems specific to females even in young children and although this wasn't brought up, I think it is something we should not forget.

Freda Paltiel:

It is quite obvious that we need another seminar, one on reproduction. There is one very bright note in Canada. I am told that Dr. Allison McDonald in the Province of Quebec is doing a study of the birth or pregnancy outcomes in 11 hospitals. She is very sensitive to some of the concerns that you and other people have about how methodology has been uncovering mechanisms, causes and effects of exposures. We are just in our infancy in addressing these questions. I think that we need, as I said at the beginning, the very different perspectives that we bring to this and we need all of them to begin to tackle these questions. We are just beginning to look at our own reproductive health activities and the concerns in the Department although there are many excellent scientists working away in their labs.

Sylvia Gold:

I just want to add, on the question of microelectronic technology and VDT's that they are coming into schools in great numbers very rapidly and so the schools need information that can be useful to them in monitoring VDT's and making sure that our children are not exposed to factors that we are not yet aware of.

Freda Paltiel:

You are quite right. We came to look at laboratories in school long after we looked at them in other places and that is quite true about all the other technologies.

CONCLUDING NOTE

Since this Seminar was held, the PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the WORLD HEALTH ORGANIZATION, released Women in Health and Development a guide to the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development in the Americas, Scientific Publication No. 448. This publication will be distributed by the Senior Adviser, Status of Women to all participants who attended the Seminar. We look forward to working with women's organizations, health professionals, academics and other colleagues on the priorities identified in the Plan and other issues raised at the Seminar.

Seminar Committee

Audio-Visual Display

Glen Robb, Public Affairs Directorate
Jean-Claude Parent, Public Affairs Directorate
John Turner, Health Services and Promotion Branch
Vera Lagasse, Health Protection Branch
Richard Paradis, Fitness and Amateur Sport Branch
Sylvia Howard, Income Security Programs Branch
Pearl Downie, Intergovernmental and International Affairs Branch
Surrendra Prihar, Policy Planning and Information Branch
Stan Gordon, Medical Services Branch
Suzanne Paquette, Social Services Programs Branch
Francine Beauregard, National Advisory Council on Aging
Joanne Lussier, National Advisory Council on Aging
Barbara Morrison, Status of Women
Lynda-Anne Clark, Status of Women

Secretariat

Lynda-Anne Clark, Status of Women
Monique Ladouceur, Status of Women
Barbara Morrison, Status of Women

Invitations

Wendy Hueston, Public Affairs Directorate
Amud Humayan

Media Relations

Joan Eddis-Topolski, Public Affairs Directorate

Accommodation

Peter Warner, Bureau of Administration Facilities Management
Ben Corda

Translation Services

Anne Normandin, Public Affairs Directorate (arrangements)
Secretary of State Central Translation Services Directorate

Word Processing

Karen Keith

PARTICIPANTS

SEMINAR ON WOMEN IN HEALTH AND DEVELOPMENT

Joan Abrahams, Attaché
Gyuana High Commission
151 Slater Street
Suite 305
Ottawa, Ontario
K1P 5H3

Dr. P. Banister
Health Services and Promotion Branch
Health and Welfare Canada
Room 534
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Heather Baser
Project Planning Officer
Overseas Projects Secretariat
Agriculture Canada
Room B-152
Sir John Carling Building
930 Carling Avenue
Ottawa, Ontario
K1A 0C5

Francine Beauregard
National Advisory Council on Aging
Health and Welfare Canada
Room 1264
Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Nicole Baer
Canadian Press
10 O'Connor Street
Ottawa, Ontario

Allan Bierbrier
Executive Director
Canadian Public Health Association
1335 Carling Avenue
Ottawa, Ontario
K1Z 8N8

Carole Chauvin
Executive Assistant to the
Deputy Minister
Health and Welfare Canada
Room 2160
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

M. Careau
Director
Intergovernmental and International Affairs
Branch
Health and Welfare Canada
Room 1054
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Monique Charron
Policy Analyst
Health Resources
Health and Welfare Canada
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tamara Levine
Division des sciences de la santé
CRDI
B.P. 8500
Ottawa (Ontario)
K1G 3H9

Jane Caskey
Policy and Program Analyst
Women's Bureau
Labour Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0J2

Jacqueline Collette
Présidente
Fédération des Femmes
Canadiennes-Françaises
325, rue Dalhousie
Pièce 525
Ottawa (Ontario)
K1N 7G2

Jean-Guy Boudreau
Le Droit

P. Downie
Intergovernmental and International
Affairs Branch
Health and Welfare Canada
Room 1028
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Dr. H. Denley
Consumer Clinical Radiation
Hazard Division
Radiation Protection Bureau
Brookfield Road
Confederation Heights
Ottawa, Ontario
K1A 1C1

Daphne Dolan
Departmental Library Services
Health and Welfare Canada
Room 362
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Jeela Moss-Davies
President
National Inuit Women's Association
3rd Floor
176 Gloucester Street
Ottawa, Ontario
K2P 0A6

Marie Paule-Doyle
Serena Canada
55 Parkdale Avenue
Ottawa, Ontario
K1Y 1E5

Mme Monique Jérôme-Forget
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la politique,
de la planification et de l'information
Santé et Bien-être social Canada
Pièce 1464
Immeuble Brooke Claxton
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Darlene Flett
397 Hamilton Avenue South
Ottawa, Ontario
K1Y 1C9

Claire Marie Fortin
Programme Development Officer
Workplace Health and Safety
Canadian Labour Congress
2841 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1V 8X7

Lesley Gaudet
Research Analyst
Vital Statistics and Disease
Statistics Canada
18A - R.H. Coates Building
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Sylvia Gold
Director
Canadian Teacher's Federation
110 Argyle Avenue
Ottawa, Ontario
K2P 1B4

Jean Goodwill
President
Registered Nurses of Canadian-Indian
Ancestry
222 Queen Street
Ottawa, Ontario
K1P 5V9

Lyne Godmaire
Women's Health Centre
44 Jeanne d'Arc
Hull, Québec

Louise Holmes
Chef de Section
Politiques sociales et relations internationales
Condition féminine Canada
Pièce 1005
151, rue Sparks
Ottawa (Ontario)
K1A 1C3

Floralove Katz
Assistant Deputy Minister
Energy, Mines and Resources
580 Booth Street
Ottawa, Ontario
K1S 0E4

Suzanne Johnson
Vice-President
MATCH International
171 Nepean Street
Ottawa, Ontario
K2P 0B4

Maija Kajis
Health Promotion Directorate
Health and Welfare Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Dr. S. Khanna
Director
Division of Comprehensive Health Services
Pan American Health Organization
525 - 23rd Street N.W.
Washington, D.C.
USA 20037

Colleen Kong
Public Affairs Directorate
Health and Welfare Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Diane Louis
Energy, Mines and Resources
580 Booth Street
Ottawa, Ontario
K1A 0E4

Dr. R.H. Lennox
Senior Medical Consultant
International Affairs
Health and Welfare Canada
Room 1044
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

H. Leclair
Director Creative Services
Public Affairs Directorate
Health and Welfare Canada
Room 546
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Vera Lagasse
Executive Secretary to the Committee
Departmental Task Force on Reproductive Health
Health and Welfare Canada
7th Floor
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Joanne Lussier
National Advisory Council on Aging
Health and Welfare Canada
Room 1264
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Rosanne Lépine
Centre des Femmes
Université d'Ottawa
85, rue Hastey
Pièce 211D
Ottawa (Ontario)

Catherine Smyth
Cultural Affairs Attaché
U.S. Embassy
100 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1P 5T1

Karen Seabrooke
Inter-Pares
209 Pretoria Avenue
Ottawa, Ontario
K1A 1X1

Sophie Souter
Vice-President
Ontario CFUW
35 Aleutian Road
Ottawa, Ontario
K2H 7C7

Susan Shuttleworth
Public Service Commission
L'Esplanade Laurier
Ottawa, Ontario
K1A 0M7

Shirley Tucker-Parks
General Counsel
Legal Services
Indian and Northern Affairs
Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0L6

Charlotte Tremblay

Carol Miles-Topping
Carleton University
Colonel By Drive
Ottawa, Ontario
K1A 5B6

Kathy Lane
Fitness and Amateur Sport
Health and Welfare Canada
Journal Tower South
354 Laurier Avenue West
Ottawa, Ontario
K1A 0X6

Jill Vickers
Institute of Canadian Studies
Carleton University
Colonel By Drive
Ottawa, Ontario
K1A 5B6

Sandra Vogelesang
Economic Counsellor
U.S. Embassy
100 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1P 5T1

Dr. Valerie Wilmot
Science Policy Liaison Unit
Health and Welfare Canada
Room 1440
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Isabel Winkler
NCW of Ottawa
1833 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1G 0E8

Marilyn Wilson
Planned Parenthood Federation
of Canada
151 Slater Street
Suite 200
Ottawa, Ontario
K1P 5H3

Ivy Williams

Trudy Wiltshire
NCW of Ottawa
Health Chairperson
1833 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1G 0E8

Ghislaine Deliale
Ville de Hull
Services de la santé et
du bien-être
Maison du Citoyen
25, rue Laurier
Hull (Québec)
J8X 4C8

Lise Lemire
Ville de Hull
Services de la santé et
du bien-être
Maison du Citoyen
25, rue Laurier
Hull (Québec)
J8X 4C8

P. Mitra
Gloucester Resource Centre
747 Ludgate Court
Gloucester, Ontario
K1J 8N8

RESOLUTION XXVII

WOMEN IN HEALTH AND DEVELOPMENT

The XXI Pan American Sanitary Conference,

Recognizing the importance of integrating the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development into the Regional Plan of Action to implement the strategies to achieve the goal of Health for All by the Year 2000;

Acknowledging the progress which has been made in some countries but that information is still scarce and that many activities are in the planning stages;

Mindful of the need for each country to establish a mechanism to coordinate the implementation of activities and collect information on women in health and development on an intersectoral level;

Bearing in mind the urgent need to improve the situation of women in health and development;

Recognizing the value of fellowships as a tool for professional development, and the underrepresentation of women as recipients;

Noting that some progress has been made by the Secretariat in institutional strengthening, training, and recruitment of women to professional posts within the Organization;

Renewing its commitment to the implementation of the Five-Year Regional Plan of Action on Women in Health and Development;

Resolves:

1. To thank the Special Subcommittee of the Executive Committee on Women in Health and Development for its work in monitoring and reporting on the progress made, and for the cooperation of the PASB.

2. To recommend that Member Governments:

   (a) Establish, in each country, a focal point for women in health and development to coordinate related intersectoral activities;

   (b) Establish mechanisms for the regular collection of information required to monitor and evaluate the progress made and to submit this information to the Secretariat as requested;

   (c) Incorporate the special health needs and requirements of women into ongoing activities wihtout creating new programs focused solely on women, and to incorporate activities of the Five-Year Regional Plan of Action into national health and development strategies and plans;

(d) Develop and implement national policies to provide for the health and well-being of working women and their dependents, especially for those women employed in unregulated sectors of the economy;

(e) Enhance training opportunities for women, especially in professions in which they are underrepresented, with particular reference to the PAHO fellowship program;

(f) Ensure equal opportunities for women in recruitment and selection to professional and senior management positions;

(g) Encourage and promote intercountry sharing of results of activities carried out in connection with the Five-Year Regional Plan of Action.

3. To request that the Director:

(a) Encourage and support activities at regional, area and national levels for the implementation of the Five-Year Regional Plan of Action;

(b) Intensify efforts to obtain and channel funds in support of activities related to women in health and development;

(c) Review the mechanisms and human resources needed for the effective coordination and implementation of activities related to the Five-Year Plan of Action and strengthen these where indicated to ensure successful achievement of the goals;

(d) Develop a simplified, uniform methodology for compiling national and regional information on progress achieved towards reaching the goals of the Five-Year Plan;

(e) Support the continued coordination of activities with other organizations in the Inter-American and United Nations Systems, and other women's organizations;

(f) Strengthen efforts for the recruitment and selection of women for senior professional and managerial posts and further develop the technical skills and leadership potential for women within the Organization;

(g) Promote the greater use of fellowships by Member Governments for the development and training of women.

4. To request the Executive Committee to convene its Subcommittee on Women in Health and Development at least twice a year in the remaining years of the Plan of Action to monitor the program and review achievements.

(Approved at the eleventh plenary session,
28 September 1982)

COLLOQUE SUR LE RÔLE DES FEMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT

DÉLIBÉRATIONS

Dessin tiré d'une
photographie de
L.A. LEARMONTH
avec l'aimable concours de la
Compagnie de la Baie d'Hudson

TABLE DES MATIÈRES

	Page
AVANT-PROPOS	
F.L. Paltiel, Conseillère principale, Situation de la femme	v
INTRODUCTION	
F.L. Paltiel, Présidente	1
EXPOSÉS	
M. O'Neil: L'élan définitif: fin de la décennie internationale pour les femmes. .	7
Dr M.M. Law, représentée par B. Naegele: Le Canada et le Programme de promotion de la santé et du bien-être de femmes de l'OMS	13
Dr J. Steckle: Valeurs culturelles et éducation en matière de nutrition	19
PÉRIODE DE QUESTIONS	
Dr E. Somers: Risques qu'encourent les femmes en raison de leur milieu et de leur lieu de travail - Responsabilités et initiatives de Santé et Bien-être social Canada	31
M. Careau: Commentaires et présentation du Dr Khanna	37
Dr S. Khanna: Rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement - Questions et problèmes émanant du Plan d'action quinquennal de l'OPS	40
SUITE DE LA PÉRIODE DE QUESTIONS	
DISCOURS DE CLÔTURE	
La présidente	58
ANNEXE I Comité du Colloque	59
ANNEXE II: Liste des participant(e)s	60
ANNEXE III: Résolution de l'OPS	67

AVANT-PROPOS

"Le principal objectif du Plan d'action régional quinquennal, tel que spécifié dans cette publication, est de faciliter l'intégration des femmes des Amériques au sein d'activités nouvelles et soutenues en matière de santé et de développement par l'OPS et les Etats-membres.

"... son but consiste à s'assurer que tant les programmes que les projets tiennent compte des femmes et insistent sur leur participation à tous les niveaux.

"Les femmes ne devraient pas être considérées uniquement comme les bénéficiaires de soins de santé mais également comme les pourvoyeuses et les instigatrices de ceux-ci. Ceci s'avère crucial car les femmes détiennent la clé du succès quant aux soins de santé à administrer non seulement à elles-mêmes, mais également à leurs enfants et à leurs familles. Elles sont celles qui jugent si tel nouveau service ou telle installation devrait être accepté par la collectivité et, en fait, le refus de considérer ce rôle et ces connaissances, attitudes et coutumes inhérentes a provoqué l'insuccès de plusieurs projets."

Carlyle Guerra de Macedo
Directeur
Organisation Panaméricaine
de la Santé (OPS)

Les délibérations du Colloque sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement qui a eu lieu le 13 avril 1983 à Ottawa ont été publiées tel que promis lors dudit Colloque. L'intention première de ce Colloque était de promouvoir, d'informer, d'échanger et de partager nos idées sur les buts du Plan d'action. Le Canada fut l'un des principaux artisans de l'adoption du Plan d'action sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement. Il était donc à prévoir que le Canada serait le premier membre de l'OPS (il y en a 37) à initier un projet tel le Colloque, et ce, après la nomination en novembre 1982, du bureau de la Conseillère principale, Situation de la femme, Santé et Bien-être social Canada, en tant qu'organisme responsable au Canada pour le Plan d'action.

INTRODUCTION

La présidente

Invités distingués, chers collègues et amis,

La Ministre, madame Monique Bégin, regrette de ne pouvoir se joindre à nous aujourd'hui, c'est pourquoi j'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue en son nom à notre colloque pionnier sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement. La XXI^{e} Conférence panaméricaine de la santé a adopté une résolution à ce sujet, laquelle recommande entre autres choses, que chaque pays-membre crée un service central sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement afin de coordonner les activités intersectorielles qui s'y rapportent.

Au Canada, c'est le Bureau de la conseillère principale de la Situation de la femme, Santé et Bien-être social, qui a été désigné comme ce point de coordination et c'est à ce titre que nous avons le plaisir de vous accueillir aujourd'hui.

Vous vous demandez sans doute ce que fait, ce que peut faire une conseillère face à l'énorme complexité des questions relatives au rôle des femmes dans la santé et le développement? Je vais faire de mon mieux pour vous l'expliquer. La première fonction d'une conseillère est de servir, si l'on peut dire, d'enzyme: elle prend des morceaux difficiles à avaler et les rend digestibles; lorsque ces morceaux sont réellement durs à avaler - la violence contre les femmes ou la brutalité à l'égard des épouses, par exemple, son rôle se modifie pour devenir une fonction d'élimination.(1) Ensuite, elle doit servir de catalyseur - susciter des événements qui ne se seraient pas produits autrement ou bien en accélérer le processus ou encore, les faire arriver dans des endroits imprévus. La conseillère a également un rôle de récepteur de la douleur au sein d'un organe politique, dans ce cas un Ministère, pour le rendre plus sensible aux problèmes; enfin, elle agit également comme transformateur - généralement, il s'agit de transformer de la chaleur en lumière, mais ici il s'agit de transformer des résolutions, déclarations, recommandations et autres plans d'action solennels et sérieux en programmes concrets propres à améliorer effectivement la santé, le bien-être et la qualité de vie de personnes réelles, en particulier des femmes et leurs familles. Ce sont ces fonctions de catalyseur et de

---

(1) À ce moment, la présidente rend hommage à Iris Kirby de Terre-Neuve, récemment décédée, qui a participé avec elle en tant que membre bénévole au Groupe de travail national de l'Association canadienne des travailleurs sociaux sur la violence entre conjoints.

transformateur qui nous rassemblent ici aujourd'hui. Ces résolutions, déclarations, plans d'action etc., il faut les présenter sous une forme acceptable, à des gestionnaires qui ont des idées parfaitement justifiées sur leurs priorités, sur ce qu'ils doivent faire et pourquoi ils doivent le faire, ce qu'il en coûtera, qui doit s'en occuper et quand cela doit être fait. Cet après-midi, deux de ces gestionnaires viendront nous parler et nous expliquer de quelle façon ils incorporent les questions relatives à la santé des femmes à leurs plans et activités. À Santé et Bien-être social Canada, nous avons la structure bien établie d'un Comité consultatif ministériel sur la situation de la femme, qui peut réagir aux stimuli extérieurs pour le compte des directions générales et qui suscite et surveille les réponses au sein de celles-ci. Dans l'intention de faire connaître notre travail, nous avons mis à votre disposition, dans le hall, des exemplaires de notre rapport annuel - le troisième d'une série de rapports sur le Plan ministériel d'action pour la seconde moitié de la Décennie internationale de la femme - notre participation au Plan national d'action: En voie d'égalité. Ce rapport traite des PROGRAMMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LEUR IMPACT SUR LA SITUATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES ÂGÉES; DES SERVICES D'AIDE À LA FAMILLE; DE LA VIOLENCE CONTRE LA FEMME, DE LA VIOLENCE EN MILIEU FAMILIAL ET DE L'AIDE EN CAS DE CRISE; DES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA FEMME; DE L'AIDE AUX ASSOCIATIONS FÉMININES ET AUX ORGANISMES BÉNÉVOLES; DES RISQUES SANITAIRES AU TRAVAIL ET DANS L'ENVIRONNEMENT; DE LA CONTRACEPTION, DU CONTRÔLE DE LA FÉCONDITÉ ET DES RISQUES DE LA REPRODUCTION; DE LA RECHERCHE SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES FEMMES; DU RÔLE DE PARENT ET DE LA GROSSESSE; DES PENSIONS ALIMENTAIRES ET DE L'ENTRETIEN DE L'ENFANT; DES FEMMES AUTOCHTONES; DU PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS; on y trouve également un Rapport d'étape sur l'aide disponible grâce à nos programmes de subventions et de contributions. Le rapport mentionne entre autres choses, la recherche sur les problèmes de santé des femmes. Notre Comité a présenté au Programme national de recherche et de développement en matière de santé une liste de points à considérer comme prioritaires.

En envisageant la santé des femmes (qui, ne l'oublions pas, constituent la moitié de la population du Canada) en fonction des diverses étapes de leur cycle de vie, nous avons identifié plusieurs sujets dignes d'attention. Tout d'abord, chez l'adolescente, les problèmes reliés à la nutrition, particulièrement l'anémie et l'anorexie mentale; chez la jeune femme, tous les aspects de la santé de la reproduction, y compris la contribution du père au processus de reproduction, le lien mère-enfant, aussi bien que les liens parents-enfants en général; l'étiologie de la dépression ainsi que l'usage et l'abus d'analgésiques ou

de psychotropes; pour la femme en période de ménopause, l'attitude face à ce phénomène ainsi que les effets du traitement d'oestrogènes de remplacement sur les maladies cardio-vasculaires et les cancers. En ce qui concerne les femmes plus âgées, on s'intéresse particulièrement à la recherche sur la perte d'acuité des différents sens, aux maladies débilitantes chroniques, à l'ostéporose, à l'élaboration de programmes visant le maintien de la santé des femmes âgées vivant seules, et à l'explication des facteurs (notamment l'utilisation des services de santé et la nutrition) qui font que les femmes vieillissent différemment des hommes. Il reste encore beaucoup à apprendre sur les dangers que présentent pour la santé des femmes de tout âge les facteurs biologiques, physiques et chimiques, ainsi que sur le stress à la maison et au lieu de travail; sur les effets de la violence en milieu familial, y compris l'abus sexuel à l'égard des jeunes filles et sur la distribution des services de santé appropriés. On encourage l'utilisation des bases de données déjà en place comme l'enquête Nutrition Canada et l'enquête Santé Canada. On a inclus immédiatement plusieurs de ces points à la liste de priorités du programme de recherches.

Nos activités sont stimulées par les efforts de nombreux regroupements de femmes... les uns traditionnels (n'oublions pas que c'est le Conseil national des femmes qui, le premier, a harcelé les gouvernements sur la question des pluies acides et qu'aujourd'hui, ce sont les Instituts féminins qui s'attaquent aux problèmes irritants de la santé des femmes vivant en milieu rural et de leurs familles), d'autres, de formation plus récente comme les collectifs ou réseaux féminins ayant trait à la santé, les groupes d'intérêt public, les activistes agissant dans le domaine de la santé, notamment les jeunes entreprenants qui s'attaquent à des tâches considérables comme par exemple, celle de la formation de groupes d'entraide réunissant les filles (et fils) des femmes qui ont pris du diéthylstilboestrol. En outre, nous sommes encouragés par l'intérêt naissant que portent les syndicats du secteur public aux problèmes de santé que rencontrent les femmes à cause de leur travail ainsi que par les initiatives des gouvernements provinciaux. Ainsi, à titre de preneurs de décisions, de planificateurs, de fournisseurs de services, de courtiers, de consommateurs ou de promoteurs de services de santé appropriés, lorsque nous nous attaquons aux problèmes de santé des femmes, nous devons les envisager sous différentes perspectives.

Hé bien, la conseillère qui vous parle a appris à prendre les fonctions de <u>transformateur</u> dans sa foulée, après s'être fait les dents (si vous voulez bien me pardonner ces étranges métaphores), sur les 167 recommandations du monumental rapport de la Commission Bird sur la situation de la femme au Canada. Aussi exhaustif et consistant qu'ait été ce

rapport, il a lui aussi, passé virtuellement sous silence le sujet de la santé des femmes, probablement parce qu'il a été établi juste à la suite d'une autre Commission - la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Je dois reconnaître en rougissant que cette dernière, à laquelle j'ai participé à titre d'adjointe à la recherche, ne s'est pas montrée plus prévoyante à l'égard des besoins, risques et tâches des femmes dans le domaine de la santé que ne l'a été la plus récente conférence de l'Organisation mondiale de la Santé à Alma Alta, laquelle a défini les objectifs et la stratégie du programme La santé pour tous d'ici l'an 2000. D'où l'importance cruciale du Plan d'action de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Comme nous avions déjà lancé notre propre plan d'action, la délégation canadienne à l'OPS pouvait jouer un rôle important dans la mise au point et dans l'adoption du Plan, ce qu'elle a fait d'ailleurs. Notre colloque d'aujourd'hui marque le début de la phase de mise en application. Comment nous y prendrons-nous? Eh bien, une fois encore, je me rapporte à la mise en route de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme. On fait passer les assiettes à la ronde et on demande à chacun de se charger d'un morceau du problème, puis on rassemble dans sa propre assiette les morceaux dont personne n'a voulu et d'une façon ou d'une autre, la tâche qui au début semblait formidable devient tout à coup ... dans les limites du possible. Après tout, nous sommes ici parce que nous avons chacun des responsabilités, des sphères d'influence et des compétences précises; c'est donc une question de se partager le fardeau.

Vous ne trouverez pas le texte du Plan d'action de l'OPS dans vos trousses. À Washington, l'OPS n'a pas encore fait imprimer le Plan sous forme de brochure, mais nous avons quelque chose de mieux encore en la personne du docteur Sumedha Khanna, responsable du Plan au Bureau régional; d'autre part, nous en avons mis quelques exemplaires à votre disposition dans le foyer, dans le cadre de la présentation audio-visuelle. Vous en recevrez également un exemplaire en même temps que les actes du colloque, ce qui devrait vous mettre en appétit.

Le but principal du Plan d'action régional quinquennal de l'OPS est de fournir au Bureau sanitaire panaméricain et aux gouvernements membres, les directives et les mécanismes qui leur permettront d'intégrer avec succès les femmes aux programmes d'activités nouveaux ou déjà en cours, que le Programme mondial d'action des Nations Unies propose de mettre en place au niveau régional, dans le domaine de la santé du développement. Le deuxième but est d'aider à améliorer la santé physique et mentale des populations de la région, en faisant en sorte que les besoins particuliers des fillettes, des adolescentes et des femmes, en matière de santé, soient considérés comme un aspect essentiel du

développement socio-économique global et comme tel, reçoivent une attention spéciale. Le troisième but est de contribuer à la réalisaiton de l'objectif de la Santé pour tous d'ici l'an 2000, en insistant sur les soins de santé primaires et plus particulièrement sur le rôle des femmes dans la santé et le développement. Un quatrième but est de rendre les décisionnaires, les administrateurs et ceux qui délivrent les soins de santé plus conscients des comportements et des stéréotypes d'ordre sexuel sous-jacents au processus de développement de base aux niveaux familial, communautaire et national, afin de définir des attitudes et des approches plus intégrées à l'égard d'une bonne utilisation de toutes les ressources humaines disponibles sans égard au sexe. Le plan demande l'élaboration de projets et la mise en route d'activités dans cinq secteurs:

- Soins de santé primaires, en insistant sur l'éducation sanitaire et la participation communautaire, la planification de la santé maternelle, infantile et familiale ainsi que sur l'alimentation et la nutrition.
- La surveillance des maladies aiguës et chroniques et la lutte contre ces dernières, notamment l'immunisation et la lutte contre les maladies diarrhéiques.
- La santé dans l'environnement et au travail, en insistant sur l'approvisionnement en eau, sur les installations sanitaires et sur la promotion de conditions de travail sécuritaires et saines.
- Le développement des ressources humaines, notamment la participation de tous à l'amélioration des possibilités de formation et de promotion des femmes à tous les niveaux et dans tous les secteurs du domaine de la santé.
- Les services de soutien, notamment les services destinés aux enfants, la modernisation technique des foyers et des changements dans la législation afin qu'on y tienne compte du rôle des femmes autant comme productrices que comme reproductrices.

Ce plan assure au niveau régional, un examen régulier et systématique de la situation ainsi qu'une évaluation annuelle du travail réalisé et des objectifs atteints afin que, le cas échéant, on soit en mesure de modifier le cours et l'ordre d'importance des objectifs du Plan quinquennal.

Ce que je viens de vous dire du Plan a dû vous mettre en appétit; je sens que je pourrais en parler durant plusieurs jours, mais comme nous n'avons que quelques heures précieuses, je vais devoir m'arrêter.

Ne vous inquiétez pas, comme ce Plan est appelé à voir des répercussions importantes pour les pays en développement qui sont nos partenaires dans la région, le docteur Khanna vous en parlera plus longuement. Et maintenant, sans plus attendre, j'ai le plaisir de vous présenter Maureen O'Neil.

L'ÉLAN DÉFINITIF: FIN DE LA DÉCENNIE DES NATIONS UNIES POUR LA FEMME

Maureen O'Neil (Coordonnatrice, Condition féminine Canada):

Les initiatives comme le Plan d'action de l'Organisation panaméricaine de la santé sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement semblent aujourd'hui banales, comme si les gouvernements et les organismes internationaux avaient de tout temps porté toute l'attention nécessaire aux besoins des femmes en matière de santé. Il n'y a que neuf ans, toutefois, c'est-à-dire juste avant la promulgation de 1975 comme Année internationale de la femme et la tenue de la Conférence mondiale de Mexico à cette occasion, qu'on entend parler de plans d'action destinés à améliorer la situation de la femme. Ici au Canada, cette déclaration est illustrée par les travaux de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme et par ses répercussions sur les activités du gouvernement fédéral au début des années 1970. L'idée même d'un programme spécialement conçu pour promouvoir et protéger la santé des femmes, en tant qu'élément d'un programme international de plus grande envergure, était sinon inconnue, du moins très peu répandue. Ce que j'essaie, c'est en fait de souligner l'importance de l'Année internationale de la femme et, bien sûr, de la Décennie des Nations Unies pour la femme en attirant votre attention sur la nécessité d'améliorer la situation de la femme.

À la suite de la Conférence mondiale de 1975, qui a permis de commencer à changer le rôle et la place que tiennent les femmes dans un bon nombre de sociétés, beaucoup de projets importants ont été lancés. Tout d'abord, il y a eu le Plan d'action mondial pour la mise en oeuvre des objectifs de l'Année internationale de la femme, c'est-à-dire: égalité, développement et paix. Ensuite, l'établissement de la Décennie pour la femme, et enfin, bien qu'orientée d'une façon légèrement différente, la rédaction et l'adoption de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Le Canada est l'un des six pays occidentaux à avoir ratifié ce traité international sur les droits de la personne. Au Canada, à l'instar des États-Unis et de beaucoup de pays européens, nous accordons beaucoup d'importance à de tels documents, mais c'est au secteur bénévole qu'il revient de lire notre rapport sur la Convention afin de veiller à ce que tous les paliers de gouvernement au Canada n'hésitent pas à déployer les efforts requis pour se conformer aux modalités de cet important traité international.

Mais permettez-moi tout d'abord de résumer les activités qui ont été réalisées jusqu'à maintenant au Canada en rapport avec la Décennie. Il est important de préciser dès le départ certaines appellations. Le Plan d'action mondial a été adopté à Mexico en 1975 et

couvre toute la durée de la Décennie des Nations Unies pour la femme, c'est-à-dire de 1976 à 1985. Le Programme d'action, d'un autre côté, a été adopté en 1980, lors de la Conférence de la mi-décennie tenue à Copenhague. Il renferme des recommandations sur les mesures à prendre au cours de la deuxième moitié de la Décennie. Enfin, le Plan d'action national du Canada, intitulé "Femmes en voie d'égalité", est fondé sur le document établi à Mexico. Ce Plan national mise sur la collaboration des ministères fédéraux, qui doivent accorder l'importance nécessaire aux décisions du Cabinet qui ont mené à l'élaboration du Plan, de même qu'à l'approbation de son contenu. Le Plan d'action prévoit un bon nombre de mesures directement liées à la santé et au bien-être des Canadiennes. En fait, de nombreux changements seront apportés au cours des prochaines années suite à des choix que le gouvernement aura fait en se fondant sur les recommandations formulées dans le Plan d'action.

La plupart de ces recommandations devaient avoir été menées à bien en 1980. Un rapport récent, faisant état des réalisations qui ont suivi la mise en oeuvre du Plan, révèle que 68 des 165 recommandations avaient été mises en application dans leur ensemble à la fin de 1981 et que 88 autres l'avaient été d'une manière partielle. En fait, seulement neuf recommandations n'ont pas été retenues. Il est évident qu'il est difficile de résumer ce qui a été fait et ce qui ne l'a pas été. Cependant, on entend assez souvent affirmer et ce, avec une certaine assurance, que les deux tiers des recommandations énoncées dans le rapport de la Commission royale d'enquête ont été mises en vigueur. Ce qui importe toutefois, c'est de connaître celles auxquelles on n'a pas encore donné suite. Si l'on examine rétrospectivement les recommandations de la Commission Royale d'enquête, il apparaît maintenant évident que ces énoncés préconisaient plus qu'un changement dans le statut légal de la femme: ils exigeaient également des modifications majeures sur le plan économique et l'affectation de ressources financières importantes. La question de la garde des enfants constitue un exemple de préoccupation cruciale pour les femmes. Malgré une certaine amélioration, les recommandations de la Commission royale d'enquête à ce sujet n'ont cependant pas été complètement mises en application. Ici encore, il est essentiel que le secteur bénévole se montre vigilant de manière à exiger la mise en oeuvre des recommandations du Plan d'action. Si ce secteur ne surveille pas très étroitement la façon dont le gouvernement s'acquitte de ses propres engagements, on est en droit de se demander qui le fera.

Je voudrais poursuivre en parlant de la Décennie qui tire maintenant à sa fin. Les progrès accomplis au Canada en ce qui a trait à l'égalité du statut de la femme et de l'homme se tariront-ils avec la Décennie? Pour l'instant, je ne le pense pas. Il faut cependant, en cette période de difficultés économiques, que les contribuables ne laissent pas les technocrates invoquer cette raison pour éviter d'aborder ou de régler des questions primordiales pour les femmes.

L'égalité des droits que garantit la Charte canadienne des droits et libertés en conférant aux femmes la protection constitutionnelle qui leur faisait auparavant défaut, entrera en vigueur en 1985, c'est-à-dire au cours de la dernière année de la Décennie pour les femmes. Les technocrates du gouvernement et les femmes (et les hommes) travaillant à l'extérieur du gouvernement devront faire preuve de vigilance pour s'assurer que ces droits légitimes font l'objet de programmes destinés à modifier radicalement la situation des femmes. La décision d'axer la Conférence mondiale de 1985 sur les stratégies ultérieures à prévoir, jusqu'à l'an 2000, est tout aussi prépondérante, car il s'agit de garder présentes à l'esprit du public et des technocrates les questions de la protection des droits des femmes et de la discrimination sexuelle effective. En outre, le Programme d'action pour la deuxième moitié de la Décennie recommande aux gouvernements de commencer à faire des projections pour les cycles de planification de 1985 à 1995 et de procéder à l'examen des réalisations en 1985 et en 1990. Bien sûr, pour ceux qui ne font pas partie de la Fonction publique, les expressions cycle de planification, stratégie, examen de programme, etc., peuvent être assez obscures. Pourtant, il n'en est rien. Même si les cycles de planification sont bien souvent désorganisés par des imprévus, ces derniers peuvent en fait s'avérer plus importants que les activités qui avaient été planifiées au départ. Le fait même de fixer des échéances (sans parler des lignes directrices et des objectifs) signifie déjà qu'il faudra plus tard, dans un ministère quelconque, réévaluer les lignes de conduite qui sont actuellement mises de l'avant, et que quelqu'un aura à répondre à des questions sur le degré d'efficacité des différents programmes mis en oeuvre. C'est donc dire que derrière le jargon des planificateurs et celui de la bureaucratie internationale, une certaine somme de travail s'effectue réellement.

Plus on s'attarde à décortiquer une question, plus sa complexité devient évidente. Dans le contexte du présent exposé, on peut se rendre compte que pour les femmes, la santé et le développement sont inextricablement liés. À mesure que nous acquérons de l'expérience et que nous commençons à évaluer les effets de nos programmes et de nos lignes de conduite sur la condition des femmes, nous pouvons prévoir réussir peu à peu à faire le tour de la question. Les plans d'action sont à cet effet des moyens d'action essentiels

pour attirer l'attention des gens qui détiennent le pouvoir d'élaborer des programmes, de dépenser des fonds et d'affecter des ressources. À mesure que passent les années 1980, il semble de plus en plus évident que des changements se produiront, que les répercussions de plusieurs années de planification commenceront à se faire sentir et qu'une compréhension de la nature réelle de la discrimination exercée à l'égard des femmes commencera à se répandre. C'est ainsi qu'on s'apercevra que cette discrimination est bien ancrée dans la plupart de nos institutions et de nos systèmes et que son élimination nécessitera un effort soutenu et intégré.

Il est très clair que si l'on continue dans la même voie progressive au-delà de la Décennie, il faudra toutefois porter beaucoup plus d'attention à un point qui a été longuement débattu aux conférences de Mexico et de Copenhague, c'est-à-dire la participation des femmes à la prise de décisions. Il est certain que cette question constitue un secteur d'action prioritaire lié au sous-thème "santé" de la Décennie. Le Programme d'action des Nations Unies recommande que les gouvernements élaborent des lignes de conduite officielles destinées à inciter les femmes à participer, à tous les niveaux, à la planification et à la mise en oeuvre de programmes dans le domaine de la santé, ainsi qu'à augmenter le degré de participation des femmes aux différents échelons de prise de décisions. En ce qui concerne le Canada, il est très intéressant de noter que non seulement le poste de Ministre mais également un poste de sous-ministre de Santé et Bien-être social Canada sont occupés par des femmes. Il s'agit certainement là d'une des plus formidables associations de compétences féminines au niveau de la haute direction dans tout ministère ou organisme fédéral.

L'Article 7 de la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes énonce très clairement l'objectif d'égalité des droits en ce domaine:

> Les États parties prennent toutes les mesures voulues pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans la vie politique et publique du pays et, en particulier, leur assurent dans des conditions d'égalité avec les hommes, le droit de:
>
> (a) voter à toutes les élections et dans tous les référendums publics et d'être éligibles à tous les organismes publiquement élus;
>
> (b) prendre part à l'élaboration de la politique de l'État et à son exécution, occuper des emplois publics et exercer toutes les fonctions publiques à tous les échelons du gouvernement;

(c) participer aux organisations et associations non gouvernementales s'occupant de la vie publique et politique du pays.

Le libellé de cet article a des répercussions évidentes. En effet, il est peu probable que ces décisions à propos de la vie des femmes ne soient jamais prises en considération tant et aussi longtemps que les femmes ne seront pas représentées à l'échelon de la prise de décisions. Par conséquent, si l'on veut combattre les fondements mêmes de la discrimination exercée à l'égard des femmes, nous devons tout d'abord nous assurer que les femmes participent de façon équitable à la prise des décisions qui ont pour de faire échec à cette discrimination.

Les activités mises de l'avant au Canada dans la foulée de la Décennie des Nations Unies pour la femme ont eu pour effet de concrétiser l'égalité légale et constitutionnelle entre les hommes et les femmes. Il n'en reste pas moins que l'élimination de la discrimination "de fait" et l'atteinte d'une réelle égalité demeurera un objectif important au moins jusqu'à la fin du siècle. Pour atteindre cet objectif, il faudra traduire davantage dans les faits les déclarations des États membres et des organisations internationales, c'est-à-dire que lorsque les organismes internationaux adopteront des programmes précis relativement à la santé des femmes, à l'instar de l'Organisation panaméricaine de la santé, il faudra s'assurer que l'organisation elle-même et ses délégations dans les différents États participent pleinement à l'établissement du budget. Il faudra également affecter des ressources humaines suffisantes pour s'assurer de la présence de gens chargés de passer des déclarations aux actes. Bon nombre d'entre nous connaissent bien la façon de répondre à des questionnaires provenant d'organisations internationales. Il est facile de "cocher" deux cases indiquant que "oui, nous allons réaliser toutes ces entreprises" et que "oui il y a quelqu'un qui en est responsable". Mais il arrive trop souvent que cette personne est également surchargée par d'autres responsabilités et qu'elle ne consacre que peu de temps à la question féminine. Lors d'une réunion de représentants de l'Organisation mondiale de la santé tenue à Genève, on a rappelé, quoique vaguement, qu'il y avait quelqu'un au sein de l'Organisation qui était chargé des questions liées à la santé des femmes. Ceci n'a rien de nouveau. On entend souvent des réflexions du genre dans certains ministères fédéraux. Nous devons en tirer un enseignement qui ne vaut pas uniquement pour l'Organisation mondiale de la santé. Ce message s'adresse à nous, en tant que membres de délégations dépêchées à des réunions internationales, en tant que conseillers auprès des politiciens et des cadres qui veillent à l'affectation des ressources

financières dans le cadre de programmes mis en oeuvre par des organisations internationales et par différents paliers de gouvernements. Tant que nous ne disposerons pas de ressources suffisantes, tant qu'il n'y aura pas en place des gens dotés d'un certain pouvoir qui leur permette de prendre des décisions au sein des organisations, les déclarations que nous supportons avec tant de vigueur ne donneront aucun résultat probant.

LE CANADA ET LE PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES FEMMES DE L'OMS

Présenté par

Barbara Naegele au nom du docteur M.M. Law (Services et promotion de la santé):

Je vous remercie Freda. Maureen Law me prie de vous transmettre ses excuses. Elle vous aurait sans doute donné une idée plus globale de la situation. Pour ma part, je vais limiter mes commentaires à certains des travaux qui sont actuellement réalisés au sein de la direction générale dont est responsable le docteur Law, soit celle des services et de la promotion de la santé. Freda et Maureen ont déjà parlé du travail qui doit être accompli dans ce domaine. Nous disposons déjà de plans d'action, de lignes directrices et de documents stratégiques. Cet après-midi, je vais tenter de vous donner quelques exemples du travail concret qui est accompli par plusieurs d'entre nous. Je suis sûre que lorsque vous arrivez au Parc Tunney, que vous voyez tous ces immeubles et que vous songez à tous les bureaux, les classeurs et les documents qui s'y trouvent, vous vous demandez si quelque chose se fait pour les femmes dans tout cela et comment les fonctionnaires qui travaillent dans ce milieu peuvent réellement comprendre les problèmes de santé des femmes et s'attaquer aux questions ayant un effet sur la vie qu'elles mènent et plus particulièrement, sur leur état de santé. Néanmoins je crois que nous disposons de documents et de plans d'action qui sont très importants et qui ont été à l'origine d'un grand nombre de programmes et de projets.

Ainsi, la Promotion de la santé a récemment élaboré un plan triennal. Cela veut dire qu'au cours des trois prochaines années, nous aurons une idée assez précise d'où nous allons. Nous avons établi que les principaux problèmes auxquels faisaient face les femmes étaient à l'heure actuelle liés aux toxicomanies et autres formes d'assuétude. Par assuétude, nous entendons les problèmes liés à l'alcool, les problèmes concernant les médicaments comme ceux qui sont obtenus sur ordonnance et les autres difficultés attribuables au tabac. Le deuxième secteur que nous avons cerné comme étant prioritaire est celui de la santé mentale. Il s'agit cependant d'un problème extrêmement difficile à résoudre. Le troisième secteur auquel nous avons choisi de nous attaquer est celui des maladies chroniques et des causes d'invalidité qui frappent particulièrement les femmes comme les migraines, le diabète et les formes de cancers dont souffrent spécialement les femmes. Ces secteurs prioritaires ont été choisis pour les trois prochaines années et ils cadrent très bien avec notre plan national d'action qui lui, bien sûr, vise une période beaucoup plus longue et adopte une approche beaucoup plus détaillée.

Comment faire pour vérifier si nos efforts portent vraiment des fruits, s'ils permettent de répondre tangiblement aux besoins des femmes ou s'ils ne font que nous procurer certains avantages politiques à court terme? Comment faire pour vérifier si nous nous penchons sur les problèmes de santé qui affligent véritablement les femmes? Comment réagissons-nous face aux questions litigieuses? Comment les réglons-nous? Nous défilons-nous dans l'espoir qu'un organisme bénévole ou les femmes elles-mêmes se chargent de les résoudre? Voilà autant de questions auxquelles il faut répondre lorsque nous voulons tenter de déterminer non seulement ce qu'il faut faire mais aussi les moyens efficaces de le faire. Je crois qu'à l'aide de quelques exemples, nous serons plus en mesure de juger si nous sommes sur la bonne voie.

Au cours des cinq dernières années, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé a consacré directement deux millions de dollars à des travaux de recherche portant sur la santé des femmes et à des projets concernant ces dernières. Ainsi, l'un des principaux projets réalisé en collaboration avec l'Institut national du cancer consiste en une étude de dépistage du cancer du sein afin de déterminer la pertinence de la mammographie pour les femmes âgées de 40 à 49 ans, et même un peu plus. Le projet en est à sa seconde année. Il s'agit d'une étude prépondérante qui se poursuivra pendant encore quatre ans au cours desquels près de 80 000 femmes auront été examinées. Au terme de celle-ci, nous serons en mesure de nous prononcer sur la mammographie complète comme technique de diagnostic à appliquer auprès de toutes les femmes.

Au Manitoba, une étude porte actuellement sur les femmes d'âge mûr. Quels sont les problèmes de santé qui minent ces femmes? Nous savons déjà que la ménopause constitue une période particulièrement difficile pour elles, mais qu'est-ce que cela implique au juste? Est-ce la période la plus difficile d'entre toutes? S'agit-il strictement d'un problème d'ordre biologique ou d'un problème d'ordre social? Notre situation culturelle individuelle nous influence-t-elle réellement d'une façon marquée à l'âge mûr et comment peut-elle avoir une incidence sur notre santé? Cette étude est menée par un groupe de femmes qui participent de plus en plus à des travaux de recherche les concernant.

Non seulement nous finançons davantage de travaux de recherche portant sur les femmes, mais de plus en plus de femmes présentent des demandes pour obtenir des subventions de recherche. Lorsque nous examinons ces programmes et passons en revue certaines des demandes de subvention que nous recevons, nous tentons de faire en sorte que les demandes qui concernent les femmes soient transmises à des femmes qui travaillent au sein du Ministère puisque ces dernières se préoccupent de ces questions et fournissent

donc un point de vue différent. Par exemple, nous avons reçu dernièrement un projet de relance auprès de femmes ayant subi une mastectomie; dans ce cas particulier, on suggérait de poser un certain nombre de questions très personnelles. Selon le plan du projet, un psychiatre masculin menait des entrevues auprès des femmes choisies. Dès que la femme qui examinait la demande s'est rendu compte de ce fait, elle a immédiatement demandé à ce que l'on ait plutôt recours à une autre femme qui soit mieux à même de comprendre la situation. Ainsi, non seulement les propositions que nous recevons comprennent davantage de chercheurs de sexe féminin, mais on commence aussi à assister à des changements dans la façon dont ces propositions sont examinées.

Nous avons aussi un Programme de promotion de la santé qui permet le financement d'activités régionales. Tout groupe se trouvant dans l'une des cinq régions du Canada et ayant un projet à mettre en marche peut donc présenter une demande de subvention. Une fois de plus, cela peut sembler très bureaucratique étant donné que vous devez savoir comment remplir les formulaires, et comment bien rédiger votre proposition, mais les bureaux régionaux que l'on retrouve à travers tout le Canada aident les citoyens et plus particulièrement les femmes à remplir ces formules et à décrire leurs projets dans des termes clairs et précis. Ces efforts peuvent leur permettre de rester dans la course jusqu'à la fin et de recevoir la même attention que les autres lorsque viendra le temps pour les autorités de décider l'attribution des fonds.

Il existe un grand nombre d'exemples de contributions. Je ne vais en citer que quelques-uns en commençant par l'Ontario. À Toronto, on a mis sur pied une clinique de santé mobile pour les immigrantes. Les femmes, et plus particulièrement les femmes travaillant dans des usines, peuvent se présenter à cette fourgonnette qui est stationnée près des endroits de travail et parler à l'infirmière ou au médecin. Un autre exemple est celui d'un groupe de fermières ontariennes qui ont demandé de l'arget pour réaliser une étude sur les effets psychologiques du stress d'ordre financier que les épouses d'agriculteurs doivent subir à l'heure actuelle. Les fonds que nous avons accordés serviront à faciliter la mise sur pied de groupes d'entraide chez ces fermières. Ailleurs, à Terre-Neuve et au Labrador, un groupe de femmes travaillent actuellement à l'élaboration d'un guide de formation sur la ménopause; en Colombie-Britannique, nous avons accordé une somme de 25 000 $ à une association de femmes autochtones afin de leur permettre de développer, à leur usage exclusif, un outil en matière de santé mentale. Ces projets n'émanent pas de Santé nationale et Bien-être social Canada: ils ont été proposés par le milieu. Je crois d'ailleurs qu'il faut absolument que les femmes puissent demander des fonds pour entreprendre les projets qu'elles jugent importants pour elles.

Nous disposons aussi de programmes nationaux, c'est-à-dire de programmes qui sont conçus à Ottawa et ensuite appliqués dans tout le pays. Par exemple, nous avons mis au point une trousse d'information sur l'allaitement maternel à l'intention des professionnels. Cette dernière a été distribuée aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé afin de leur fournir des renseignements à jour sur les avantages et les inconvénients de l'allaitement maternel, cette pratique ayant été quelque peu abandonnée et le personnel ne sachant plus comment répondre à des questions fondamentales. Étant donné que cette trousse s'est révélée un succès, nous avons décidé d'y donner suite et d'élaborer des documents pour les consommatrices de manière à ce que ces dernières et les professionnels de la santé disposent du même genre de renseignements et puissent se parler d'égal à égal.

Entre autres projets nationaux, il y a la brochure préparée par Ruth Cooperstock et Jessica Hill sur les effets des tranquillisants et intitulée L'usage de la benzodiazépine au Canada. Cette brochure examine l'ensemble du problème des tranquillisants et se penche aussi de façon plus précise sur le sort des femmes puisqu'elle tente de déterminer pourquoi l'on prescrit deux fois plus de tranquillisants aux femmes qu'aux hommes. Les auteurs n'accusent pas les médecins, pas plus qu'elles ne blâment les femmes. Elles tentent plutôt d'analyser le pourquoi de cette situation et les moyens disponibles pour nous en tirer.

Un important outil pour les groupes qui est d'ailleurs exposé ici, fait assez intéressant, tire son origine d'un très petit projet entrepris par un groupe de femmes qui désiraient faire quelque chose pour celles qui étaient aux prises avec des problèmes d'alcool ou de tranquillisants. Ce groupe a demandé et obtenu des fonds pour élaborer une trousse d'information pour les résidents de l'Ontario. Cette trousse a connu tellement de succès et de popularité que la Ministre et d'autres personnes au sein du Ministère ont accepté d'en faire un projet national. Nous avons donc pris le petit projet, nous l'avons modifié quelque peu et nous avons préparé une version nationale dans les deux langues officielles. Ce projet comporte trois parties: un film, un tableau mobile, que vous voyez ici, et un guide de discussion assez volumineux qui peut être utilisé par toute citoyenne et non pas par les seuls spécialistes. Vous n'avez pas à connaître quoi que ce soit au sujet de l'alcool ou des différences entre les diverses formes de la benzodiazépine, ni même à savoir ce qu'est la benzodiazépine. Vous n'avez qu'à vous servir de ce volume et travailler avec les membres des groupes pour déterminer certains problèmes ou difficultés auxquels font face ces femmes qui, sans être nécessairement toxicomanes, consomment alcool ou tranquillisants d'une façon qu'elles trouvent exagérée.

Nous avons pris cet outil et formé des centaines de femmes à travers le pays afin qu'elles puissent s'en servir. Comme je l'ai déjà dit, cette formation n'était pas essentielle, mais nous estimions qu'elle faisait partie de notre promotion et leur permettait d'avoir une meilleure idée de la trousse, ce qui favoriserait son utilisation. Et c'est ce qui s'est produit en fait. Nous ne savons pas encore combien de femmes ont pris connaissance de ce document, mais selon l'évaluation que nous avons menée ce printemps et d'après les lettres et les remerciements de toutes sortes que nous recevons, nous pouvons affirmer que nous avons conçu un outil qui non seulement répond aux attentes de notre personnel à Ottawa, mais encore touche aux préoccupations réelles des femmes.

Je pourrais vous fournir d'autres exemples de programmes, mais j'estime qu'il ne s'agit là que d'un type d'initiatives. Dans un autre ordre d'idées, nous tentons aussi d'instiller dans tous nos programmes une prise de conscience des problèmes que rencontrent les femmes. Par exemple, chaque fois que nous préparons une campagne, disons une campagne de publicité, que ce soit sur l'alcool, la cigarette ou autre chose, nous tentons d'être conscients du fait que nous devons représenter les femmes et que nous devons le faire d'une façon non sexiste. Si nous lançons une campagne, comme Dialogue sur l'alcool, nous ne pouvons parler juste des hommes ayant des problèmes d'alcool. Nous devons parler aussi des femmes et de leurs problèmes particuliers. Lorsque nous avons préparé cette campagne, nous avons conçu une annonce qui faisait bien plus que simplement montrer une femme alcoolique ou une scène stéréotypée: en fait, l'annonce parlait d'une femme qui avait des problèmes parce qu'elle buvait dans des situations où elle n'aurait pas dû le faire. Ce n'est pas qu'elle buvait beaucoup, mais plutôt qu'elle buvait au mauvais moment.

Je vais vous donner un autre exemple. Nous avons récemment lancé une campagne sur la cigarette, en fait, un programme sur la cigarette afin de venir en aide aux personnes qui désirent cesser de fumer. À cette fin, nous avons demandé de préparer des documents pour la campagne et lorsque le tout nous est parvenu, nous nous sommes rendus compte que tout le travail artistique était parfait à une exception près: il n'y avait que des hommes sur la page couverture. Une fois de plus, les femmes qui travaillaient dans ce secteur n'ont pas voulu accepter cet état de chose. D'abord, les hommes abandonnent plus vite que les femmes cette mauvaise habitude et que les adolescentes fument plus que jamais auparavant. Ces femmes ont alors exigé que des femmes apparaissent sur la page couverture. Nous avons donc retourné tous les documents et soyez certains qu'on voit maintenant une femme sur la couverture. Elle est même au centre de celle-ci. Certains

affirmeront que nous avons été d'un extrême à l'autre, mais celles d'entre nous qui travaillent à résoudre les problèmes de santé des femmes estiment qu'il est grand temps que nous allions jusqu'au bout.

Freda a énuméré certains des projets qu'elle a conçus, mais elle n'a pas mentionné tout le travail qu'elle a dû accomplir pour les voir se concrétiser. Nous collaborons avec l'Office national du film et grâce à des gens comme Freda, qui veille à ce que le Ministère fournisse les fonds requis, nous pouvons réellement participer à la préparation de films sur les femmes.

En terminant, je voudrais souligner un élément qui est, à mon point de vue, crucial. J'ai remarqué ce fait particulièrement depuis que j'ai commencé à travailler au sein du gouvernement fédéral. Les femmes qui travaillent au sein de ces programmes, ou projets, que ce soit dans le domaine de la recherche ou de la planification, sont toujours animées par quelque chose d'autre que le seul devoir du fonctionnaire: il s'agit en fait pour elles d'un engagement. Et d'un engagement beaucoup plus fort que ce que l'on pourrait voir dans d'autres secteurs. Ce n'est plus seulement un travail, c'est une cause. Il faut vraiment y croire et cela fait certainement une différence lorsque vous vous battez pour obtenir des choses et que vous tentez de donner suite aux efforts que vous avez déployés. Je vous remercie Freda.

Freda Paltiel:

Merci Barbara. Barbara a mentionné dans son exposé les immigrantes et les services qui leur sont offerts. Certaines d'entre vous ont peut-être récemment entendu parler du docteur Perry Kendall du département de santé de Vancouver. Ce dernier a préparé une série de bandes vidéo d'une durée d'une heure que vous pouvez obtenir dans tout le pays et qui sont destinées aux femmes qui parlent l'hindi, le "pungowi", le cantonais et le vietnamien. Il y a eu un article dans le journal à ce sujet. Ces bandes expliquent aux mères comment le système de santé canadien fonctionne et leur donnent des conseils pratiques sur la façon de vivre une grossesse sans problème. En lisant cette nouvelle, j'ai éprouvé un sentiment de satisfaction particulier. En effet, il me semblait que quelques mois seulement s'étaient écoulés depuis le moment où, lors d'un déjeuner avec une collaboratrice, j'avais discuté de la façon dont nous pourrions financer cette idée merveilleuse, la faire démarrer et assurer sa réalisation. Et voilà, je lis que c'est maintenant fait!

VALEURS CULTURELLES ET ÉDUCATION SANITAIRE

Dr Jean Steckle (Direction générale des services médicaux):

Il y a quelques semaines, j'avais l'honneur et le plaisir d'assister à une réunion qui s'est tenue à Frobisher Bay (Territoires du Nord-Ouest) dans le cadre de la première conférence de l'Association des femmes inuit du Canada. Ces femmes m'avaient invitée, parce que je connais leur mode de vie et qu'elles souhaitaient que j'amène avec moi d'autres personnes ressources du sud du Canada. Nous avons pu suivre les débats grâce à un système de traduction simultanée à partir de l'inuktitut.

Cette conférence était imprégnée de l'importance des valeurs culturelles. Dans le mode de vie inuit, le phoque et le caribou sont encore les aliments de base, comme n'ont pas manqué de nous le faire remarquer les délégués qui représentaient des collectivités allant de 50 personnes à un millier d'habitants, dispersées dans toute la zone de l'Arctique, d'Aklavik près de la mer de Beaufort, à l'île de Baffin, au nord du Québec et jusqu'à la côte est du Labrador. Les déléguées inuit ont raconté que leurs collectivités recevaient des lettres injurieuses de groupes européens voués à la protection du phoque. Les discussions ont porté sur cette question et sur l'opportunité de produire leur propre film pour expliquer leur mode de vie et lutter contre la propagande de la fondation Greenpeace. On a discuté également des nouvelles manières d'assumer le rôle de parent, de la clause concernant les droits des femmes autochtones dans la Constitution canadienne et des pratiques d'obstétrique traditionnelles marquées par le recours aux sages-femmes et qui pourraient aider à personnaliser les services de santé dispensés aux femmes inuit dans les hôpitaux centraux.

Au cours des quelques minutes qui m'ont été réservées, je compte vous expliquer comment nous avons intégré un programme de nutrition aux services de santé axés sur la collectivité pour les Indiens et Inuit. Cette expérience me servira alors à vous montrer la façon dont la Direction générale des services médicaux essaie de mettre en application sa Politique sur la santé des Indiens et des Inuit, politique de consultation avec les autochtones et de participation de ces derniers aux discussions concernant l'administration des services de santé. De notre organisation, je vous dirai seulement que nous avons pour mandat de dispenser des services de soins de santé à tous les Indiens et Inuit inscrits, ainsi qu'aux habitants des Territoires du Nord-Ouest. Dans plus de 500 collectivités réparties dans tout le pays, c'est le poste de soins infirmiers ou le centre de santé qui est le point central des services de santé.

À la suite de la publication en 1975 des résultats d'une enquête sur la nutrition menée à l'échelon du pays, on avait prudemment essayé d'améliorer la situation chez les autochtones. Nutrition Canada montrait que, dans ce domaine, les Indiens et les Inuit avaient beaucoup plus de problèmes que les autres Canadiens. Les rapports indiquaient de faibles taux sériques de vitamines C et A et une faible consommation de calcium; les examens révélaient de nombreux cas d'obésité, de diabète et de caries dentaires. En examinant les services de soins de santé, il devint évident qu'on ne pouvait améliorer la situation sans une participation accrue des intéressés eux-mêmes. Aucune politique de nutrition n'était possible sans consultation et participation des autochtones.

Les représentants en santé communautaire (RSC), ayant déjà travaillé dans leurs collectivités sur ce genre de problèmes, furent consultés à titre de représentants des autochtones. Ces représentants en santé communautaire parlent la langue de leur collectivité; il s'agit généralement de femmes choisies par leurs concitoyens pour recevoir une formation en santé et qui ensuite, retournent travailler dans leur milieu avec l'infirmière. Les réunions ont eu lieu dans les secteurs géographiques où les besoins en matière de nutrition se faisaient le plus sentir. Dans le couloir qui traverse le Canada entre les 55° et 60° degrés de latitude, les services de soutien, d'enseignement et de transport sont limités et, par conséquent, les problèmes liés à la nutrition y sont plus marqués. Pour traiter ces questions, les RSC ont proposé des méthodes adaptées à la culture locale et propres à enrôler les gens dans un programme d'éducation alimentaire. Le principal objectif était de stimuler l'intérêt pour ces questions dans les collectivités et d'y améliorer l'approvisionnement en aliments nutritifs à prix abordable. En matière d'enseignement portant sur un régime de transition, les représentants en santé communautaire inuit en sont à un différent stade. Bien que les aliments traditionnels nutritifs tiennent encore la part la plus importante dans leur régime, les gens se précipitent dans les nouveaux magasins communautaires pour acheter des barres de chocolat ou du coca-cola. Les représentants en santé communautaire recommandèrent l'introduction d'un système d'étiquetage codé en couleurs dans les magasins, afin de faire connaître les aliments nutritifs. La région et l'un des distributeurs les plus importants appuyèrent également les recommandations visant à l'application d'un programme d'amélioration de la nutrition. Dans la plupart des régions, on a établi des comités consultatifs locaux sur la nutrition qui comprenaient non seulement des représentants en santé communautaire et des professionnels de la santé, mais aussi des représentants d'organisations autochtones locales, notamment des organismes de femmes autochtones et autres groupes importants

comme l'association des chasseurs et des trappeurs ou le comité sur les contaminants de l'environnement.

Il serait peut-être opportun maintenant de vous décrire quelques-uns des programmes et des activités qui ont résulté de tous ces efforts. Au cours du Mois de la nutrition, il y a eu un concours d'affiches pour les enfants des écoles indiennes du Manitoba. On a ainsi suscité de l'intérêt pour des programmes de nutrition adapté à la culture non seulement chez les enfants mais chez les professeurs. D'autres provinces ont demandé que les affiches gagnantes soient publiées et utilisées dans tout le pays. Cette année, à l'occasion du Mois de la nutrition, on a publié les quatre affiches exposées, en y laissant un espace pour inscrire la traduction de la légende dans les dialectes locaux. Une représentante en santé communautaire enrôla la participation du public à une émission radiophonique à ligne ouverte pour trouver la meilleure légende, une autre consulta les anciens de la collectivité sur la formulation choisie. Si les produits sont adaptés à leur culture, les autochtones trouveront bien un moyen de les utiliser. Au nord du 55^{e} parallèle, l'alimentation traditionnelle est encore très importante; près d'un tiers des familles en vivent encore exclusivement. Nous avons décidé qu'il était important de publier "Graphiques à colonnes sur la valeur nutritive des aliments traditionnels des autochtones" afin de comparer la valeur nutritive de ceux-ci à celle des aliments vendus en magasin. Les graphiques à colonnes illustrent le pourcentage d'éléments nutritifs requis pour répondre aux besoins quotidiens d'une adolescente. Les RSC sont enchantés de pouvoir enfin montrer aux gens les éléments nutritifs qu'on trouve dans les aliments traditionnels. Le gibier contient beaucoup moins de matières grasses que la viande d'animaux de boucherie. Les légumes verts et les baies sauvages sont une bonne source de vitamines C et A, et de calcium. Les graphiques à colonnes ont donné d'excellents résultats à la fois dans les programmes de conseils en nutrition et dans les programmes d'éducation en groupe.

Pour ce qui est de l'alimentation des nourrissons, nous pensons qu'environ 70% des mères canadiennes nourrissent leur bébé au sein. Nous ne savons pas ce qu'il en est pour les mères indiennes ou inuit ni quelles sont les raisons de leur choix. Il est fort probable que dans certaines collectivités, des mères se conforment encore à l'habitude de l'alimentation au biberon mise en pratique il y a quelque 20 ans alors que d'autres continuent la tradition et pratiquent exclusivement l'allaitement maternel. En 1983, nous avons décidé d'entreprendre une enquête en trois volets auprès des femmes, afin de déterminer comment se pratique actuellement l'allaitement maternel et les raisons des différentes manières de procéder:

1. un sondage dans les hôpitaux où les Indiennes et les Inuit viennent accoucher;

2. un sondage au niveau communautaire pour déterminer quels sont les systèmes de soutien disponibles et utilisés dans les collectivités ainsi que les attitudes des comités locaux de santé à l'égard de l'allaitement maternel;

3. un relevé des habitudes d'allaitement maternel sur les dossiers des nourrissons pendant 6 mois; ces renseignements seront relevés au 3e et au 6e mois afin d'établir des rapports d'étape sur le taux d'allaitement maternel dans les collectivités et sur les raisons du choix des mères.

Toutes ces activités encouragent la consultation entre les institutions et nous aident à dispenser des services de santé mieux adaptés à la culture des populations. Les collectivités recevront chaque trimestre un rapport comparant leurs propres résultats avec ceux de la zone, de la région et de la Direction générale. Ce sera la première fois que nous utiliserons un ordinateur et des imprimés d'une page comme moyen de consultation sur les services de santé communautaires axés sur les femmes. Il est encore trop tôt pour en prévoir les résultats. Néanmoins, d'après les réponses que nous avons reçues, près de 90% des hôpitaux auraient pris part au sondage et nous espérons une participation semblable des 600 hôpitaux desservant des femmes indiennes et inuit au Canada.

Ce genre de dialogue devrait, nous l'espérons, permettre d'améliorer nos services de consultation et d'enseignement destinés aux femmes indiennes et inuit du Canada.

Merci, Madame la présidente.

PÉRIODE DE QUESTIONS

Susan Tanner (Commission de réforme du droit):

Je me demandais si vous disposiez de données sur le pourcentage du budget de recherche de Santé nationale et Bien-être social qui est consacré aux problèmes de santé des femmes. Je sais que l'on a parlé d'une somme de l'ordre de 2 millions, mais je voudrais connaître le pourcentage du budget de recherche que ce montant représente.

Barbara Naegele (Direction de la promotion de la santé,
Santé nationale et Bien-être social):

Je ne pourrais vous donner un pourcentage exact. La difficulté réside dans le fait que de nombreux projets comprennent une partie portant sur les femmes, bien que l'ensemble ne traite pas uniquement de questions concernant les femmes. Si nous ne devions compter que les projets se penchant seulement sur les problèmes des femmes, nous obtiendrions un très faible pourcentage. Ce dernier serait tout de même plus élevé que dans le passé, mais je répète que je ne peux vous fournir un pourcentage exact.

Sylvia Gold (Fédération canadienne des enseignants):

Je me demandais si vous étiez au courant de projets traitant des adolescentes en phase de croissance, au cours de la puberté et ainsi de suite. Ces travaux revêtent un intérêt particulier pour les enseignants puisqu'ils peuvent nous faciliter la tâche lorsque vient le temps de venir en aide aux étudiantes de cet âge, pour leur permettre de comprendre ce qui arrive à leur corps, de développer leur propre identité et peut-être de parvenir à surmonter certaines des difficultés qu'elles rencontrent au cours de leur croissance. Selon moi, un problème connexe vient se greffer: celui de devoir encourager les jeunes filles de cet âge à s'intéresser aux sciences et techniques qu'elles ont jusqu'à maintenant toujours considérées comme étant réservées aux hommes. Ainsi, il serait peut-être souhaitable que nous comprenions davantage ce qui se passe chez les jeunes femmes de ce groupe d'âge afin de pouvoir les aider à résoudre leurs problèmes d'identité, de croissance, de santé et d'évolution psychologique et de répondre aux autres questions plus vastes.

Barbara Naegele:

Je suis certainement en mesure de vous fournir le nom et le numéro de téléphone d'une personne qui pourrait vous dresser une liste de tous les projets qui sont financés par le Ministère et qui portent sur l'adolescence. De plus, nous pourrions vous présenter madame Maureen McEvoy qui, je crois, se trouve d'ailleurs dans la salle. Il y a aussi un nouveau

film de l'Office national du film qui traite des adolescentes et de leur orientation professionnelle. Entre autres éléments véhiculés dans ce film, on insiste sur le fait que les adolescentes peuvent et devraient s'orienter vers les sciences et le génie.

Freda Paltiel:

Je voudrais entendre madame Maureen McEvoy, étant donné qu'il y a plusieurs autres films auxquels l'Office national du film et le Studio D ont participé qui pourraient aider à répondre à cette question.

Maureen McEvoy (Office national du film):

Très bien, je vous remercie. On aime toujours faire un peu de relations publiques. En effet, deux films traitent particulièrement des points que vous avey soulevés dans votre question. Le premier, intitulé I want to be an engineer (Je veux être ingénieur), sortira dans deux semaines. Ce film, portant sur trois femmes ingénieures, tente de détruire certains des stéréotypes au sujet de la profession. Il y a aussi le film dont Barbara vient tout juste de parler et qui traite de l'orientation professionnelle des jeunes femmes. En français et en anglais, il devrait être prêt d'ici septembre, de manière à pouvoir être utilisé dans les écoles. Ce film cherche à encourager les jeunes filles à ne pas abandonner les mathématiques et les sciences, et à envisager des emplois non traditionnels. Il leur montre aussi que des possibilités s'offrent à elles et que la société ne désire pas les mettre au rancart si rapidement.

Freda Paltiel:

Nous nous approchons de l'Année internationale des jeunes (1985). Comme il y a des jeunes des deux sexes, je croyais que quelqu'un soulèverait cette question. Au cours des six ou sept dernières années, j'ai toujours estimé que chacun des sexes suivait un cycle de vie particulier en matière de santé, pour ce qui est des besoins, des risques et des problèmes à résoudre. Nous encourageons le Conseil consultatif sur de la Situation de la femme à préparer aussi un projet sur les adolescentes. Je ne sais pas si quelqu'un du Conseil consultatif dans la salle aimerait nous entretenir de ce sujet. Il s'agit certainement d'une activité dans laquelle chacune d'entre nous pourrait s'engager. Je vois aussi Jean Goodwill dans l'auditoire. Elle souhaiterait peut-être nous parler quelque peu de l'adolescence et des problèmes particuliers que cette période pose pour les femmes autochtones, de même que de ce qui pourrait être fait dans ce secteur.

Marylee Stevenson (Conseil consultatif de la situation de la femme):

Je crois que je pourrais vous entretenir de quelques sujets qui semblent pertinents à ce moment-ci. Pour ce qui est de l'étude sur l'adolescence, nous n'en sommes qu'à l'étape préliminaire de la préparation des plans. Nous voulons examiner tout le problème de l'orientation des jeunes femmes. Nous tentons de définir vaguement le concept de carrière. Nous voulons nous pencher sur la période où les jeunes femmes prennent des décisions sur ce qu'elles feront de leur vie. Elles peuvent aussi bien se voir dans le rôle de mère, d'épouse au foyer, que décider de se joindre à la main-d'oeuvre active ou encore concilier ces deux options. Si certaines personnes désirent communiquer avec nous afin d'en discuter, elles sont chaleureusement invitées à le faire. Jusqu'à maintenant, nous n'avons fait qu'examiner les ouvrages et les ressources dont on dispose en cette matière. Nous avons tenu une journée de consultation et nous sommes maintenant en train de décider de ce que nous ferons au cours de la prochaine étape de l'ensemble de la recherche. Notre autre projet, auquel je travaille aussi, traite des femmes et du rôle qu'elles jouent dans le domaine de la santé. Nous voulons en effet examiner les tâches de gardiennes de la santé que les femmes semblent assumer au sein du foyer et ensuite, les problèmes qu'éprouvent les femmes en matière de santé comme les toxicomanies, les crises ou situations pathologiques auxquelles elles doivent faire face, le cancer du sein et bien d'autres. Nous voulons déterminer les fonctions qui sont confiées aux femmes au foyer, tout au long de leur vie, en ce qui touche à la surveillance et au maintien de leur propre santé et de celle des autres membres de la famille (parfois, non seulement des autres membres de la famille, mais aussi des personnes dont elles sont responsables). Nous savons toutes que ce sont les femmes qui assument ce rôle et ce, presque toujours sinon tout le temps seules. Nous désirons toutefois prouver ce fait et ensutie, étant donné que le Conseil consultatif se préoccupe beaucoup des questions liées aux politiques, tenter de signaler de façon précise les secteurs où la société devrait accroître ses responsabilités et ainsi libérer les femmes de ces tâches. J'ai abordé ce sujet avec mes collègues et d'autres personnes de Santé nationale et Bien-être social au cours des premières étapes de l'étude et ici encore, nous n'en sommes qu'à la prise de décisions au sujet de la prochaine étape de la recherche après avoir mené des consultations et examiné les ouvrages et ressources en la matière. Nous serions très heureuses de discuter de ces aspects avec toute personne intéressée.

Freda Paltiel:

Ce sujet revêt une importance cruciale dans le contexte de la réinsertion des malades ou des personnes au sein de la société. L'Association canadienne de la santé mentale a d'ailleurs un comité qui examine les soins fournis aux malades mentaux chroniques. Nous reconnaissons tous qu'une part disproportionnée du fardeau des soins prodigués est assumé par les femmes lorsqu'il n'existe pas de services communautaires pour le faire. Dans un autre ordre d'idée il serait aussi intéressant que certains médecins, à tout le moins un de l'auditoire, qui fournissent des services de santé aux jeunes adolescentes, nous indiquent quel genre de travaux nous devrions entreprendre dans le domaine de l'éducation sanitaire, de la promotion de la santé, de l'aide à la recherche et de la recherche interne.

Jeela Moss-Davies (Association nationale des femmes Inuit):

Le docteur Steckle a mentionné qu'elle avait assisté à une conférence de femmes Inuit tenue très récemment à Frobisher Bay. Dans le domaine de la santé, nous, les femmes autochtones, espérons être en mesure de jouer le rôle d'un pont ou si vous aimez mieux d'agent de liaison entre le ministère responsable des services offerts au sein de la collectivité et cette dernière, étant donné que nous estimons qu'il y a, à l'heure actuelle, un manque de communication entre le ministère là-bas dans le Sud et la collectivité à laquelle les fonctionnaires doivent fournir les services qui elle, est située dans le Nord. Nous avons discuté de certains des problèmes auxquels sont confrontés les Inuit vivant dans le Nord. Ces derniers nécessitent vraiment qu'on leur porte une attention spéciale puisqu'il leur faut parfois se rendre à Montréal et dans d'autres hôpitaux régionaux pour recevoir des soins. Il semble que l'on ait identifié des problèmes depuis longtemps, mais que l'on ne soit pas vraiment parvenu à les résoudre en raison d'un manque de collaboration entre le ministère responsable et les personnes qui sont visées. Actuellement, nous tentons d'y remédier. Parmi les autres problèmes que nous avons abordés lors de la Conférence des femmes Inuit de Frobisher Bay, il y a aussi la question des sages-femmes Inuit. Ces femmes désirent en effet offrir leurs services parce qu'elles ont déjà accumulé de l'expérience et des connaissances en cette matière. Toutefois, puisque l'on ne leur raconnaît pas la compétence, les femmes autochtones doivent souvent se rendre dans des centres régionaux ou dans des villes pour accoucher, ce qui signifie qu'elles doivent quitter leur famille et leur collectivité pour des périodes pouvant aller jusqu'à deux mois. Les personnes ayant participé à la Conférence ont estimé que les ministères responsables de ces services pourraient examiner cette question.

Une autre question que le docteur Steckle a soulevée est celle des représentants en santé communautaire. Le programme de RSC a été mis en branle dans la partie ouest de l'Arctique, mais il n'existe pas encore dans la partie est et dans certains secteurs du Labrador et du Nord du Québec. Ce programme vise principalement à pallier à l'isolement des collectivités très reculées où il est nécessaire que quelqu'un soit responsable de l'examen des besoins en matière de santé, d'éducation sur le plan nutritionnel et de services médicaux. Des programmes ont démarré dans le domaine de l'éducation sur le plan nutritionnel, mais il ne faut absolument pas cesser de déployer des efforts dans ce domaine et dans celui de l'éducation sanitaire, si l'on veut récolter des résultats positifs. Je sais que ces services sont offerts gratuitement par le gouvernement afin d'améliorer le sort des citoyens, mais il arrive souvent qu'une absence de communication entre la population locale et les gens responsables de ces services fasse que les projets échappent à tout contrôle et qu'ils s'avèrent stériles. J'espère que les femmes Inuit s'impliqueront dans le domaine de l'éducation en matière de santé et de nutrition, de manière à ce que nous puissions susciter un échange d'idées avec les autres groupes de femmes du Canada de même qu'avec ceux d'autres entités géographiques comme l'Alaska et le Groenland.

Freda Paltiel:

Je vous remercie beaucoup. Nous vous souhaitons toutes bonne chance avec votre nouvelle organisation. Je suis heureuse qu'un groupe structuré comme le vôtre nous ait indiqué les programmes et les projets que nous devrions entreprendre avec vous et pour vous.

D^{r} Mary O'Brien (Services de santé, Université Carleton):

Je crois que l'une des remarques qui ont été faites m'était adressée. J'ai en effet la chance de travailler avec les étudiants de l'Université Carleton, plus précisément au sein des services de santé. Je voudrais tout simplement mentionner certains problèmes qu'on commence à déceler chez les jeunes adultes. Je crois que nous rencontrons de plus en plus de jeunes femmes qui sont déchirées parce qu'elles hésitent entre leur carrière et leur rôle de femme au foyer. Les cas de mère célibataire deviennent aussi de plus en plus fréquents. Cette question mérite d'être examinée puisque, selon la tendance du taux de divorce, bon nombre de nos futures étudiantes se trouveront dans cette situation tout comme d'ailleurs un nombre de plus en plus grand des autres citoyennes. Pour ce qui est du milieu de travail, nous devons nous pencher sur les effets des nouvelles techniques sur les femmes. Par exemple, à l'université, ce problème s'aggrave continuellement étant

donné que les écrans cathodiques semblent pousser comme des champignons. Je sais que nous avons déjà parlé du problème de la drogue et de l'alcool qui tend à viser davantage les femmes plus âgées, mais j'aimerais que l'on étudie aussi l'effet de la consommation de l'alcool chez les jeunes femmes et que l'on mène des campagnes de sensibilisation à ce sujet. La consommation de l'alcool représente en effet un phénomène généralisé chez les jeunes et sa courbe augmente à une vitesse remarquable chez les étudiantes. D'autre part, je voudrais que l'on s'attaque de nouveau à un vieux problème puisqu'il est toujours aussi actuel. Je veux parler de la grossesse chez les jeunes femmes et de la question connexe des avortements thérapeutiques. Ce sujet est d'ailleurs lié à un autre que l'on a déjà mentionné, soit l'éducation sexuelle. Je crois d'ailleurs que c'est là, dans les écoles, que tout se décide. Ainsi, on met de plus en plus l'accent sur l'éducation sexuelle des jeunes à un âge précoce. Enfin, pour terminer, je voudrais mentionner un problème déjà soulevé ici et que l'on rencontre actuellement, soit celui de l'anorexie. Toutefois, au cours des deux dernières années, c'est la boulimie qui a connu un accroissement inhabituel.

Ann Ironside (Université de la Colombie-Britannique):

Je travaille dans le domaine de l'éducation permanente, et plus précisément à l'intérieur du programme des femmes et du programme des habitudes de vie. Je voudrais vous parler d'un projet du secteur bénévole qui tire son origine d'une conférence que la Direction de la promotion de la santé avait financée il y a trois ans.

Il s'agissait de la première conférence nationale portant sur la promotion de la santé au Canada et elle avait pour titre Shifting Medical Paradigms: Disease Prevention to Health Promotion (l'évolution des modèles médicaux: de la prévention de la maladie à la promotion de la santé). Cette conférence avait mis en lumière la nécessité de mettre sur pied un organisme indépendant qui évaluerait les pratiques sanitaires afin de faire rapport à un comité chargé de l'élaboration des politiques, etc. Cet organisme devait permettre de répondre à la fois aux besoins des personnes en quête de nouvelles alternatives en matière de santé et à ceux des professionnels et planificateurs de ce secteur. Le Centre canadien des études sanitaires (Canadian Centre for Health Studies) est le fruit de ce projet. Ce dernier organisme vient tout juste de voir le jour et nous vous tiendrons au courant de ses activités.

Dr Helen Denley (Bureau de la radioprotection, Santé et Bien-être social Canada):

Je suis médecin et j'ai déjà pratiqué à temps partiel dans une clinique du centre-ville. Je voudrais tout simlement vous faire part de mon expérience et des conclusions auxquelles je suis arrivée au sujet des adolescentes. Ces dernières ne connaissent absolument pas leur propre corps et leur propre physiologie, et la majorité d'entre elles viennent nous consulter pour obtenir des contraceptifs ou faire traiter des maladies vénériennes. Si nous voulons les renseigner comme il faut, il faudra tout d'abord leur montrer comment leur corps fonctionne. Au cours d'une courte visite, un médecin dispose de très peu de temps pour faire ce genre de travail, particulièrement s'il pratique dans une clinique très achalandée. Il est sûr que l'on devrait commencer cette éducation à l'école, mais je suppose qu'il faudrait la poursuivre tout au long de l'âge adulte.

Suzanne Johnson (Conseil de planification sociale d'Ottawa-Carleton):

Je représente ici le Conseil de planification sociale d'Ottawa-Carleton, qui n'a jamais abordé de questions liées à la santé auparavant. Nous n'avons pas de comité permanent s'occupant de ce sujet, mais nous recevons de plus en plus de demandes de groupes communautaires qui désirent en savoir davantage sur la surfacturation et l'aide à la recherche en matière de santé. Je crois qu'un grand nobmre des commentaires que nous avons entendus jusqu'ici montre bien que l'ensemble de la collectivité s'intéresse de plus en plus à la santé et que les professionnels ne sont plus d'emblée les porte-parole du public sur des problèmes de santé. Je voudrais certainement remercier le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour les renseignements qu'il nous transmet, étant donné qu'il s'agit de l'une des rares sources de documents écrits qui aident les profanes à aller au coeur de certaines des questions faisant l'objet de discussions. Il faudra toutefois permettre aux citoyens d'être mieux au fait des soins de santé qui leur sont offerts afin qu'ils puissent résoudre eux-mêmes leurs problèmes de santé plutôt que de devoir avoir recours aux systèmes médicaux traditionnels et plus coûteux, comme ce fut le cas dans le passé. J'espère d'ailleurs que vous nous fournirez d'autres conseils en cette matière.

Susan Tanner (Commission de réforme du droit):

Je voudrais ajouter que le projet de la Commission de réforme du droit sur lequel je travaille actuellement porte sur une éventuelle loi de l'environnement et il est intitulé "le Projet de protection de la vie". Ce projet ne concerne pas nécessairement l'avortement. Il portait au début sur l'euthanasie et il se penche maintenant sur l'hygiène du milieu. J'ai

été vivement intéressée par les commentaires de Maureen voulant que les questions de santé et de développement soient intimement liées et j'aimerais ajouter qu'il s'agit là d'un couteau à deux tranchants. Puisque nous examinons les principales conséquences négatives que doivent subir les femmes, ce dernier point revêt un intérêt particulier étant donné le rôle de gardiennes de la santé sur le plan de la nutrition et de la grossesse que ces dernières sont appelées à jouer. Aucun projet de la Commission de réforme du droit ne porte cependant sur ce sujet et je serais très intéressée de savoir si des travaux ont été entrepris sur la question.

RISQUES QUENCOURENT LES FEMMES EN RAISON DE LEUR MILIEU ET DE LEUR LIEU DE TRAVAIL
RESPONSABILITÉS ET INITIATIVES DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

D[r] E. Somers (Direction générale de la protection de la santé):

D'une certaine façon ce titre en lui-même présente déjà un paradoxe, car, mis à part les effets qu'ils ont sur le cycle reproductif et le cycle hormonal associé, les dangers liés au lieu de travail et à l'environnement sont les mêmes pour les hommes et les femmes. Néanmoins, un risque représente l'association ou le produit d'une probabilité et d'un danger, et, la probabilité est fonction de l'exposition. Dans le milieu de travail, l'exposition aux dangers liés à des produits chimiques ou à des facteurs physiques n'est pas forcément la même pour les hommes et pour les femmes, car celles-ci se trouvent souvent regroupées dans des situations et des professions particulières. Pour rendre les choses plus claires, je vais vous donner quelques exemples de notre travail en précisant les problèmes actuels ainsi que la manière dont le gouvernement collabore avec les provinces à des programmes qui présentent un intérêt particulier pour les femmes.

Qualité de l'air en milieu fermé

Les Nord-Américains passent plus de temps que jamais en milieu fermé - probablement au moins 70% de leur vie - et on s'intéresse de plus en plus aux problèmes de santé qui en découlent. Il y a deux facteurs qui font que la circulation de l'air est restreinte dans notre milieu de travail: l'avènement de la climatisation et par conséquent des circuits fermés, et l'application de programmes de conservation de l'énergie. La qualité de l'air en milieu fermé est certainement une question plus importante pour la santé que la qualité de l'air à l'extérieur. En 1981, sous l'égide du Comité consultatif fédéral/provincial sur la santé dans l'environnement et dans le milieu de travail, un groupe de travail a été chargé d'examiner des contaminants comme le dioxyde de carbone, les oxydes d'azote, le formaldéhyde (non seulement celui que l'on associe à la fameuse mousse d'urée formaldéhyde avec laquelle on a isolé les maisons, mais aussi celui qui se dégage des feux de bois, des gaz de cuisson, des rideaux et des tapis), la radon et ses produits de désintégration, et d'élaborer des directives sur la qualité de l'air en milieu fermé. Ces directives serviront à faire des recommandations et seront mises en application aux niveaux fédéral et provincial. Les femmes qui passent une bonne partie de leur temps dans leur maison avec leurs enfants sont inévitablement exposées à de plus grandes concentrations de ces polluants ainsi qu'aux nombreux solvants et produits chimiques

émanant des produits domestiques courants comme l'encaustique, les nettoyants et les pesticides. L'action du Ministère s'est manifestée par la Loi sur les produits dangereux qui exige que les étiquettes de nombreux solvants et encaustiques d'usage domestique illustrent symboliquement la nature et l'étendue des dangers que représentent ces produits, qu'ils soient toxiques, inflammables, explosifs ou corrosifs.

Directives de lutte contre les risques qu'encourent les femmes dans l'industrie

Dans le cadre du même comité consultatif fédéral/provincial, un autre groupe de travail a également été chargé en 1981 de préparer un rapport sur un aspect particulier de ce problème, celui du travail des femmes enceintes. Ces directives ont pour but de fournir des conseils aux organismes de réglementation sur certains aspects de la grossesse entraînant des problèmes ergonomiques, par exemple, l'incidence des douleurs lombaires, le besoin de s'asseoir pour diminuer le stress, le besoin d'équipement et de vêtements de travail protecteurs, et la protection contre les produits chimiques tératogènes, les rayonnements, les microorganismes ou virus pathogènes (par exemple rubéole). Toutes ces questions seront traitées par le groupe fédéral/provincial.

Exposition aux rayonnements

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fournit un service de dosimétrie aux travailleurs exposés aux rayonnements ionisants. Ce service, le plus complet dans le monde, a été établi en 1951, et dessert chaque année quelque 90 000 travailleurs canadiens dont 35 000 femmes. Les doses de rayonnements sont évaluées au moyen de dosimètres à thermoluminescence puis consignées au fichier dosimétrique national où sont conservés des relevés de l'exposition aux rayonnements subie par quelque 300 000 personnes au cours de leur vie. Les usagers comprennent des travailleurs en art dentaire, en radiographie industrielle, des chercheurs universitaires, etc.

Je vais vous donner maintenant un exemple d'un règlement qui, bien qu'élaboré avec les meilleures intentions du monde, s'est transformé en mesure discriminatoire contre les femmes. L'Annexe II du Règlement sur le contrôle de l'énergie atomique stipule que pour les femmes affectées à des travaux sous rayonnements et en état de procréer, la dose maximale admissible est de 1,3 rem par trimestre pour tout le corps et de 0,2 rem par 2 semaines au niveau de l'abdomen, alors que pour les hommes elle est de 3 rems par trimestre. Ces limites avaient été évidemment établies pour protéger la santé des femmes, mais le résultat final a été que les employeurs étaient réticents à engager celles-ci à cause de ces exigences rigoureuses. Les médecins-conseils de la Commission de

contrôle de l'énergie atomique, dont certains appartiennent à ce Ministère, ont constaté qu'en fait il y avait très peu de chances qu'une femme reçoive une large dose de rayonnements tout en étant enceinte sans le savoir. La contraception est un phénomène largement connu et il est peu vraisemblable que des femmes travaillant dans un domaine aussi avancé que l'énergie atomique deviennent enceintes sans le savoir. En outre, il y a réellement très peu de chances que les faibles doses auxquelles ces femmes sont exposées puissent avoir des effets néfastes sur le foetus ou l'embryon. Finalement, on a conclu que si les limites étaient indispensables pour les femmes enceintes, elles n'étaient pas vraiment nécessaires pour toutes les femmes en âge de procréer. À la suite de cette recommandation, la Commission de contrôle de l'énergie atomique a annoncé en septembre 1981 qu'elle envisageait de révoquer ces règlements et d'exiger une protection seulement pour les femmes enceintes. Pour celles-ci, on maintient la dose limite spéciale - 0,6 milli-sievert par 2 semaines pour l'embryon ou le foetus. C'est à la femme de signaler à son employeur qu'elle est enceinte. Voilà qui illustre comment le gouvernement a agi de façon à éliminer une mesure involontairement discriminatoire à l'égard des femmes dans le milieu de travail.

Depuis quelques années, le public et les travailleurs ont manifesté de plus en plus d'inquiétude à l'égard des terminaux à écran de visualisation (TEV). Cette inquiétude reflète en partie les perturbations qu'entraîne l'introduction de tout nouveau moyen technique dans le milieu de travail. En outre, il est certain que l'utilisation des TEV pose des problèmes du point de vue de l'ergonomie et de l'éclairage. Je me concentrerai toutefois sur un aspect particulier du problème, c'est-à-dire les risques d'exposition aux rayonnements. Dans le cadre de la juridiction fédérale, le Bureau de la radioprotection du Ministère encourage l'utilisation sécuritaire de tous les dispositifs émettant des radiations. En vertu de la Loi sur les dispositifs émettant des radiations - d'où découle l'autorité de réglementation concernant la sécurité de ces appareils vendus au Canada - on a établi des règlements sur les téléviseurs dont les TEV sont une forme qui a fait l'objet de nombreuses recherches au cours des années. Nous avons procédé à des essais sur 300 TEV de 150 modèles différents: nous n'avons en aucun cas trouvé d'émissions de rayons X supérieures au niveau de fond. En outre, nous avons mesuré 48 modèles différents dans nos installations de comptage à faible niveau munies d'écrans spéciaux de manière à pouvoir détecter des rayons X à faible puissance, à des niveaux très très bas - 500 000 fois inférieurs aux normes réglementaires pour les TEV (0,5 mR par heure). Nous n'avons pu trouver aucune émission de rayons X dans ces conditions. Des études sérieuses menées par la NIOSH (Institut national pour la santé et l'hygiène professionnelles) aux États-Unis

et par de nombreux autres chercheurs qualifiés ont révélé que les émissions de rayons ultra-violets ou infra-rouges n'étaient pas décelables ou étaient 10 000 fois inférieures aux limites d'exposition aux rayonnements qu'on trouve en milieu professionnel.

Certains se disent particulièrement préoccupés de possibles émissions à FEB (émissions à fréquence extrêmement basse). En fait, celles-ci peuvent provenir de n'importe quel appareil électrique ayant une source de courant alternatif - couverture électrique, malaxeur, séchoir à cheveux, etc. Si on se base sur les données scientifiques disponibles, rien ne prouve que les rayonnements à FEB provenant des TEV représentent un risque pour la santé. Les intensités de champ magnétique sont extrêmement faibles, bien inférieures à celles qui, d'après les expériences, produiraient des effets biologiques. Je sais très bien, comme vous d'ailleurs, qu'on a déjà dit que l'incidence des fausses couches aurait été plus élevée dans certains milieux de travail où l'on utilise des TEV. Jusqu'à présent, toutes les enquêtes ont prouvé qu'il s'agissait là d'un phénomène statistique relié à la présence d'anomalies apparentes dans de petits groupes isolés. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que le taux normal de fausses couches peut atteindre jusqu'à 15% de toutes les grossesses. Bien entendu, cela ne veut pas dire que les TEV ne posent pas de problèmes - soit maintenant, soit à l'avenir - mais cela signifie que présentement, nous sommes convaincus qu'ils ne devraient présenter à cause de rayonnements, aucun effet néfaste pour la santé de qui que ce soit, jeune ou vieux, homme ou femme, en état de grossesse ou non. D'autres problèmes comme les difficultés d'ordre visuel, le stress lié au travail et les effets ergonomiques font l'objet d'études sérieuses dans plusieurs pays.

Dangers liés aux produits chimiques

Les produits chimiques peuvent affecter sérieusement le processus de la reproduction. Ils peuvent empêcher la conception - causant l'infertilité; arrêter le processus de grossesse - causant l'avortement spontané; ou détériorer l'embryon ou le foetus - causant des malformations congénitales (produits chimiques tératogènes). Je vais vous présenter quelques exemples de nos études ainsi que de la manière dont nous informons les travailleurs des dangers qu'ils encourent lorsqu'ils sont exposés aux produits chimiques.

Le Ministère a publié pendant quelques années "Alerte - Instruments médicaux" pour informer les professionnels de la santé, les administrateurs d'hôpitaux ainsi que les fabricants, des dangers potentiels liés à leurs produits. En janvier 1982, un numéro portait sur l'oxyde d'éthylène utilisé comme agent de stérilisation dans les hôpitaux. On s'est aperçu que ce gaz est à la fois mutagène et carcinogène chez les animaux, et il est

évident que le personnel d'hôpital, en particulier les femmes, y est exposé. Nous avons fait des recommandations sur les vêtements protecteurs, sur l'utilisation de la pression négative du gaz, sur la fréquence du renouvellement de l'air dans les aires de stérilisation, bref, sur toutes les sortes de précautions qu'on doit prendre pour réduire l'exposition. De la même façon, on a publié l'année dernière une "Alerte" sur le protoxyde d'azote, un gaz qui peut augmenter l'incidence des anomalies congénitales et causer des troubles neurologiques. Les personnes qui travaillent en art dentaire (souvent des femmes) peuvent y être exposées et nous recommandons des méthodes pour l'élimination ou la récupération des gaz utilisés en chirurgie dentaire.

Les pesticides peuvent également avoir des effets néfastes sur la reproduction. Dans le cadre du processus d'enregistrement et de l'application de la Loi sur les produits antiparasitaires, le Ministère conseille le ministère de l'Agriculture à partir des données tirées d'études sur des animaux pratiquées par les fabricants au cours de leurs recherches sur les problèmes liés à ces produits. Nous portons une attention particulière aux effets que ces pesticides peuvent avoir sur les femmes en âge de procréer, qui, du fait de leur travail, peuvent y être exposées en les vaporisant. Nous avons mesuré les niveaux de pesticides dans les maisons après une application courante, et avons étudié l'exposition des personnes ayant procédé à la vaporisation. Il existe des avertissements aux utilisateurs sur les dangers associés aux pesticides et, pour réduire autant que possible l'exposition, le Ministère donne des conseils sur les indications et les symboles à porter sur les étiquettes de ces produits concernant les précautions à prendre à leur égard, ainsi que sur l'usage d'équipement et de vêtements protecteurs. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait mener une étude sur les effets possiblement néfastes pour la santé de dix pesticides, notamment sur les effets tératogènes et ceux touchant la reproduction; les résultats de ces études seront publiés comme fiches techniques sur les pesticides.

Un certain nombre de produits chimiques répandus dans l'environnement pourraient éventuellement constituer des dangers, étant soit mutagènes, soit tératogènes. Au cours de la période 1982-1983, on a procédé à plusieurs essais in vitro sur 30 produits chimiques ayant des effets possiblement mutagènes: il s'agissait de tests rapides et économiques qu'on peut utiliser pour prévoir la toxicité. Au cours de la prochaine année financière, on procédera à des essais in vivo sur neuf de ces produits auxquels les humains ont de grandes chances d'être exposés. L'enquête sur les effets tératologiques des isomères de tétrachlorobenzène est terminée et les résultats en seront publiés. On a fait des études sur des produits chimiques qui ne semblent pas présenter de dangers potentiels pour les femmes:

les isomères de trichlorobenzène et de dichlorobenzène, le pentachlorotoluène et le pentabromotoluène. Au cours d'analyses portant sur le poisson, on a identifié tous ces produits chimiques comme contaminants des Grands Lacs. On vient de terminer une étude demandée par l'OMS sur les risques potentiels pour la santé liés à 23 composés organochlorés.

J'aimerais attirer votre attention sur l'étroite collaboration qui existe entre nos services et les organismes internationaux dans l'évaluation des produits chimiques. Nous avons participé activement à l'élaboration des lignes directrices de l'OCDE pour les essais de toxicité des produits chimiques, et travaillé en étroite collaboration avec divers organes des Nations Unies, en particulier l'OMS. Le Canada a joué un rôle majeur dans l'établissement, en 1980, du Programme international relatif à la sécurité des substances chimiques, mené conjointement par l'Organisation internationale du Travail, le Programme des Nations Unies pour l'environnement et l'OMS, et conçu pour renforcer et appuyer au niveau international les évaluations portant sur les dangers liés aux produits chimiques et élaborer les lignes directrices visant l'utilisation sécuritaire de ces produits dans tous les aspects de la vie.

Pour cet auditoire largement féminin, je terminerai sur une note qui se veut optimiste. Je viens de parler de risque, mais dans ce domaine, vous êtes réellement bien mieux servies que moi. Les statistiques canadiennes sur la mortalité indiquent clairement que même en excluant les morts accidentelles, le taux de mortalité des hommes est nettement plus élevé que celui des femmes, et ce, à presque tous les âges; à 60 ans, le taux de mortalité chez les hommes est le double de celui des femmes. Au Canada, un des facteurs de risques les plus graves est donc d'être né de sexe masculin. En tant que membre d'une espèce en danger, permettez-moi de vous féliciter!

EXPOSITION ET PRÉSENTATION DU Dr KHANNA

Michel Careau

Je suis heureux et honoré d'avoir été demandé de présenter devant un auditoire aussi choisi que celui-ci, Madame le docteur Sumedha Khanna et de dire quelques mots sur l'Organisation panaméricaine de la Santé et sur son plan d'action. Vous me permettrez sans doute de m'acquitter de cette tâche d'abord puis, dans un deuxième temps, de présenter le docteur Khanna.

L'OPS est la plus vieille organisation internationale encore active. Créée en 1902, donc octogénaire, l'Organisation a servi de modèle à l'OMS qui fut créée juridiquement en 1946 mais qui en fait a pris son envol en 1948. L'OPS compte maintenant 37 pays incluant trois pays européens considérés comme pays participants: la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. C'est le 27 septembre 1971 que le Canada est devenu membre de l'Organisation.

L'OPS tout en bénéficiant d'un statut d'autonomie ou jouissant d'une existence juridique per se est reliée à l'Organisation mondiale de la Santé par le fait qu'elle est le bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale. En ce sens les échanges entre Genève et Washington - sièges sociaux des deux organisations, sont nombreux. Formellement le Directeur de l'OPS, tout en étant le premier fonctionnaire élu de l'Organisation est aussi un employé de l'OMS, désigné par le Conseil de l'organisme mondial, et il est chargé de faire appliquer dans la région américaine les décisions et résolutions passées par les organes directeurs de l'OMS.

Le programme de l'OPS, à court et à moyen termes, est la mise en oeuvre des stratégies régionales pour atteindre le but global fixé par l'OMS: Santé pour tous d'ici l'an 2000. En quelques lignes, les paramètres principaux et minimaux sont les suivants:

1. Qu'aucun pays dans la région n'ait une espérance de vie pour ses citoyens à la naissance inférieure à 70 ans.
2. Qu'aucun pays dans la région n'ait un taux de mortalité infantile plus élevé que 30% par 1000 naissances vivantes.
3. Qu'aucun pays dans la région n'ait un taux de mortalité plus élevé que 2,4 décès par 1000 de population chez les enfants âgés de 1 à 4 ans.

4. Que les services d'immunisation contre les principales maladies infantiles soient disponibles en 1990 à 100% des enfants de moins de un an et que cette couverture soit maintenue pendant la décade finale du siècle.

5. Que l'eau potable et l'assainissement soient accessibles à 100% de la population.

6. Que les services de santé soient étendus à 100% de la population.

Voilà pour les paramètres. Ces objectifs essentiels ne pourront être atteints que si l'on est prêt à effectuer des changements dans le secteur santé et à mousser des progrès dans d'autres secteurs également. Le développement économique cohérent, global et équilibré est nécessaire pour permettre les progrès tant économiques que sociaux. Le secteur santé, à lui seul, ne peut atteindre ces objectifs. Il lui faut recevoir l'appui des autres secteurs.

Les groupes cibles du plan d'action sont ceux qui se situent à la périphérie de la vie nationale et parmi ceux-là il faut compter les enfants, les femmes en âge de procréer, les personnes âgées et les personnes handicapées. Pour rejoindre ces groupes, les pays de la région doivent s'acquitter des objectifs du plan d'action, lesquels ont pour but de contribuer à réduire l'inégalité sociale et économique par la mise sur pied d'un nouvel ordre de priorités. D'une part, les systèmes de santé doivent être restructurés et étendus pour permettre un meilleur équilibre, une plus grande efficience et accroître l'efficacité. D'autre part, les implications des politiques économiques et les projets pour la santé doivent être basés sur le tissage de liens et une meilleure interrelation entre le secteur santé et les autres secteurs. Finalement, la coopération, tant au niveau national qu'international et régional doit être promue.

Pour aider à atteindre ces objectifs, notre région compte une artisane de grande valeur dont les connaissances techniques, l'expérience, l'habileté de gestionnaire et les grandes qualités humaines font qu'elle a su atteindre les sommets de l'Organisation régionale: le docteur Sumedha Khanna, Chef de la Direction des services globaux de santé (Division of Comprehensive Health Services) à l'OPS.

Le docteur Khanna est née en Nouvelle-Delhi, elle a fait ses études médicales dans son pays et a obtenu son diplôme en 1960. Elle s'est spécialisée en obstétrique en Angleterre où elle a reçu des diplômes de spécialiste D (OBS) RCOG en 1963 et M ROCG en 1965 avant de poursuivre sa formation et de recevoir sa Maîtrise en Santé publique d'une université américaine en 1967. Polyglotte, madame Khanna parle l'anglais, l'espagnol et l'hindou. Elle lit et comprend le français et le portugais et elle peut se débrouiller en allemand.

C'est cette personne éminemment qualifiée que j'ai l'honneur de vous présenter et qui a bien voulu accepter de nous exposer le plan d'action de l'OPS dans le domaine de la santé des femmes et du développement: Dr Sumedha Khanna.

LE RÔLE DES FEMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT
PLAN D'ACTION RÉGIONAL QUINQUENNAL DE L'OPS
"QUESTIONS ET PROBLÈMES D'ACTUALITÉ"

D[r] S. Khanna

Introduction

La Décennie internationale de la femme proclamée par les Nations Unies tire à sa fin et, pour marquer l'occasion, une Conférence mondiale est prévue afin d'établir le bilan des progrès réels en ce qui concerne la situation de la femme et sa participation au processus de développement. Le Plan d'action régional quinquennal sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement (1981-1985) a été adopté en 1981 par le Conseil de direction de l'OPS, pour répondre à une demande d'action soutenue dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'emploi; il a été reconnu par le Programme mondial d'action pour la seconde moitié de la Décennie internationale de la femme.

On ne devrait pas considérer ce plan quinquennal comme un document figé. Il fait partie intégrante du Plan d'action régional visant à mettre en oeuvre des Stratégies régionales pour instaurer la Santé pour tous d'ici l'an 2000. Au fur et à mesure que les pays de la Région et l'OPS mettent en pratique les idées exposées dans le Plan, des informations et des expériences nouvelles nous aident à mieux comprendre les questions en jeu et les besoins des femmes dans le domaine de la santé et du développement, ainsi que la complexité des tâches à accomplir. Le fait de mieux connaître la situation nous permet également de nous consacrer davantage à des activités particulières qui pourraient nous aider à atteindre les objectifs du Plan. Le présent document tente de souligner certaines de ces questions et les besoins qui s'y rattachent tout en proposant des approches et en précisant les principaux domaines auxquels il faudrait s'attaquer au cours des prochaines années.

Il ne fait aucun doute que les objectifs fixés par le Plan d'action pour la Décennie internationale de la femme ne seront pas atteints à la fin de la décennie. Cependant, tout porte à croire que nous avons posé les fondements pour améliorer la conscience mondiale à l'égard des questions concernant la femme et de la participation féminine dans le développement. Au cours de la prochaine Conférence mondiale, un appel sera certainement lancé pour que se poursuivent les efforts soutenus visant à améliorer la situation de la femme en matière de développement.

Historique

C'est lors d'une Conférence mondiale tenue à Mexico en 1975, soit pendant l'Année internationale de la femme, qu'on a adopté le Plan d'action mondial pour la Décennie de la femme (1976-1986) proclamée par les Nations Unies sous le thème "Égalité, développement et paix", ainsi que la Déclaration sur l'égalité de la femme et sa contribution au développement et à la paix.

À l'occasion de la mi-décennie, une deuxième Conférence mondiale a été organisée à Copenhague en juillet 1980, afin d'établir le bilan des progrès accomplis et de tirer les grandes lignes d'un programme pour l'avenir. Au cours de la conférence, on a reconnu que, même si de nombreux pays avaient fait des efforts notables pour intégrer les femmes dans les activités de développement, la situation était stagnante dans beaucoup de domaines et que des problèmes et des contraintes graves entravaient encore l'atteinte des objectifs de la Décennie dans nombre de pays. Au cours des cinq premières années, la réalisation la plus importante est peut-être l'amélioration de la sensibilisation aux besoins et aux problèmes de la femme chez ceux qui élaborent les politiques et prennent les décisions. Grâce à des recherches spéciales et à des données plus approfondies sur des questions concernant le rôle et la situation de la femme dans le domaine du développement, on comprend mieux, dans l'ensemble, ces questions et besoins. Cependant, les données disponibles n'ont pas été entièrement mises à profit pour atténuer certains des problèmes qui influent sur la situation et sur le rôle de la femme dans le domaine du développement. Selon le Programme d'action mondial pour la seconde moitié de la Décennie internationale de la femme, les États membres ont pour mandat de centrer leurs efforts sur la solution de ces problèmes, tout particulièrement dans les secteurs de l'emploi, de l'éducation et de la santé.

En 1979, les pays membres de l'Organisation mondiale de la Santé se sont fixé pour objectif la Santé pour tous d'ici l'an 2000. Lors de la Conférence d'Alma Ata, ils ont sanctionné l'approche des Soins de santé primaires en tant que stratégie de principe pour atteindre cet objectif. En 1980, puis en 1981, les pays membres de l'OPS ont adopté les Stratégies régionales et un Plan d'action régional pour instaurer la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Ces mandats d'ensemble ont donné à l'OPS et à l'OMS le cadre de référence pour mettre au point des activités liées aux besoins sanitaires des femmes, ainsi qu'à la participation féminine dans le domaine de la santé et du développement.

Un plan d'action quinquennal sur le rôle des femmes dans les secteurs de la santé et du développement (1981-1985) a été préparé pour la seconde moitié de la Décennie consacrée à la femme par les Nations Unies; il fournit des directives et des mécanismes permettant à l'Organisation, au PASB (Bureau sanitaire panaméricain) et aux États membres d'intégrer les femmes aux programmes d'activités nouveaux et en cours, que le Programme mondial d'action des Nations Unies propose de mettre en place au niveau régional, dans le domaine de la santé et du développement. Les principaux domaines relevés par le Plan sont les suivants: identification des problèmes et des besoins en matière de santé, diffusion de l'information, élaboration en renforcement des programmes de santé répondant à ces besoins, et participation féminine dans le secteur de la santé.

Questions concernant les besoins de la femme en matière de santé

Grâce aux nouvelles données recueillies et analysées dans ce domaine, notre compréhension des problèmes et des besoins de la femme en matière de santé s'approfondit et s'aiguise. On reconnaît de plus en plus qu'il ne suffit pas d'étudier les questions concernant la santé de la femme uniquement en fonction de son rôle de mère, mais qu'il faut aussi adopter une optique plus générale. Les efforts visant à améliorer la santé de la femme constituent une question complexe qui nécessitera des modifications d'attitudes et des structures de la société.

On ne peut isoler les questions de santé de celles qui intéressent le développement. En effet, si la santé contribue au développement socio-économique, il ne faut pas oublier qu'elle en dépend également. Dans une société donnée, la situation de la femme est un reflet important du degré de justice sociale, et la nature de la participation féminine est un élément clé quant à la façon dont une société peut atteindre ses objectifs en matière de développement. Les femmes représentent la moitié des ressources humaines mondiales et lorsqu'elles sont aux prises avec la pauvreté et la maladie, il leur est impossible de contribuer au développement. Chaque fois qu'elles sont oubliées par l'éducation et les progrès technologiques, et laissées pour compte par l'action communautaire, le développement ne progresse qu'au ralenti. Partout où l'on observe des inégalités entre l'homme et la femme, on ne parvient pas au développement. La situation de la femme traduit certaines des valeurs les plus fondamentales d'une société, notamment les valeurs sociales et culturelles à l'égard de la famille et des enfants.

Les questions de santé concernant la femme vont bien au-delà de celles qui sont traditionnellement reconnues, comme tout ce qui a trait au processus de reproduction et au rôle des femmes en leur qualité de mères. Grâce à des études récentes sur les besoins

et les problèmes de la femme en matière de santé, nous sommes aujourd'hui beaucoup mieux renseignés sur le sujet. Cependant, il nous manque encore des données plus précises et sûres, et les secteurs de planification doivent tirer parti de celles dont nous disposons. De plus, les études exécutées par des particuliers ne sont pas toujours connues ou comprises, ni même prises au sérieux par les responsables de la planification des programmes de développement économique et de l'affectation des ressources.

En ce qui a trait à la santé, les besoins et les problèmes liés au cycle de reproduction sont beaucoup mieux connus et compris; en général, on reconnaît que la santé de la femme est vulnérable en raison des besoins biologiques et psychosociaux inhérents au processus de croissance, de développement et de reproduction. Dans la plupart des pays, les troubles relatifs à la maternité se rangent parmi les cinq causes principales de décès chez les femmes de 15 à 44 ans. Dans de nombreux pays d'Amérique latine, les taux de mortalité liés à la maternité restent de 10 à 50 fois plus élevés que dans les pays industrialisés. Comme dans les pays en voie de développement la période pendant laquelle les femmes peuvent avoir des enfants est plus longue que dans les pays industrialisés, non seulement les femmes y encourent-elles davantage de risques par grossesse, mais elles sont en outre exposées pendant une plus grande partie de leur vie. Beaucoup de pays, surtout en Amérique latine, étudient les facteurs de risque touchant les mères, dans le but de prendre les mesures nécessaires pour améliorer la situation et, de ce fait, l'état de santé des mères.

Dans le domaine de la santé, les besoins et les problèmes liés au rôle de la femme en sa qualité de mère, notamment la nutrition maternelle, l'anémie, la lactation et le taux de fécondité élevé, sont de plus en plus souvent reconnus par les pays de la région qui améliorent aussi les programmes pertinents.

Les données sur les autres problèmes de santé de la femme tels que cancer, maladies cardiovasculaires, maladies transmises sexuellement et hygiène mentale, sont insuffisantes, car la plupart des pays n'établissent pas de statistiques sur la santé selon le sexe.

Au cours des dernières années, un nombre croissant d'études spéciales ont permis de recueillir plus de renseignements précis, tout particulièrement au sujet de la corrélation entre la santé et d'autres facteurs socioculturels influant sur la situation et le rôle de la femme, par exemple: le taux d'analphabétisme, les tendances de l'emploi, la fréquence de l'abus et de la violence à l'égard des femmes, la tension nerveuse chez la femme, les risques de santé liés à la fécondité (notamment l'avortement), et les problèmes de santé

associés à la nutrition. Les renseignements disponibles ont toutefois été restreints à des domaines précis et ne sont généralement pas utilisés comme ils le devraient dans la planification des programmes de santé s'adressant aux femmes.

D'un autre côté, nous disposons de données relativement sûres quoique limitées au sujet de la corrélation entre l'état de santé des femmes et la santé de la famille, plus particulièrement des jeunes enfants. Par exemple, les mères qui travaillent tardent généralement avant de recourir aux services de santé, surtout celles qui sont pauvres et qui vivent dans des régions urbaines; d'habitude, il s'agit de travailleuses autonomes ou ayant de longues journées de travail (dans des occupations telles que marchandes ambultanes et aides domestiques). Quelles sont les répercussions de cette situation sur la santé de leurs enfants (en raison de négligence ou de manque de surveillance), notamment en ce qui a trait à leur alimentation, à leur état de santé général, à leur rendement scolaire et à leur assiduité à l'école, ainsi qu'à leur développement intellectuel et physique?

Les prévisions démographiques d'Amérique latine indiquent une urbanisation rapide. En fait, plus de 70% de la population vit déjà dans des régions urbaines, surtout dans des bidonvilles et des secteurs périphériques qui s'étendent rapidement. Des études exécutées récemment dans certaines des villes ont révélé que la proportion des mères qui travaillent augmente de façon notable et que les accidents qui se produisent à la maison et ceux de la circulation se placent, avec la violence, parmi les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Un observateur fortuit ne pourra faire autrement qu'être frappé par le grand nombre de jeunes enfants non surveillés qui errent dans les rues et aux intersections très achalandées de ces villes, et ce nombre augmente rapidement. De toute évidence, ces enfants ne fréquentent pas l'école régulièrement et ne reçoivent ni les soins ni l'attention qu'il leur faut. Ceux qui s'intéressent à la santé et au développement ne peuvent que s'inquiéter des conséquences de telles carences pour la santé et le développement intellectuel et social d'enfants aussi jeunes. Les besoins et les problèmes auxquels font face les mères défavorisées qui travaillent, ainsi que les répercussions de cette situation sur les jeunes enfants, surtout dans les régions urbaines, doivent être une question de priorité pour les gouvernements de la région.

La grossesse chez les très jeunes femmes constitue une autre grande préoccupation pour la plupart des pays de la région. En Amérique latine, les femmes de 19 ans ou moins mettent au monde 13% des enfants et, dans 15 à 23% de ces cas, la mère est une adolescente de moins de 15 ans. Une enfant dont la croissance n'est pas terminée et qui

est souvent célibataire devient donc la principale responsable d'une nouvelle génération défavorisée dès le départ. Chez les adolescentes, la grossesse ainsi que les besoins et les problèmes en matière de santé - notamment l'usage des drogues et de l'alcool - sont également des grands sujets d'inquiétude aux États-Unis et au Canada. Comme de plus en plus de femmes se retrouvent sur le marché du travail, les besoins des travailleuses en matière de santé, les risques professionnels, la répercussion de la technologie sur les travailleuses, notamment l'innocuité des produits chimiques qu'elles doivent manipuler, sont aussi des domaines auxquels ces pays s'intéressent tout particulièrement.

En résumé, le besoin de recueillir des renseignements plus précis et d'entreprendre des études spéciales permettant d'identifier les priorités est évident. De plus, ces données doivent servir à la planification des services de santé et à l'affectation des ressources.

Réponse des régimes médicaux aux besoins de la femme en matière de santé

Dans l'ensemble, on observe une prise de conscience accrue des besoins de la femme en matière de santé, et les efforts visant à étendre et à accentuer les services médicaux de manière à satisfaire à ces besoins se poursuivent dans les pays de la région. Tous les États membres de l'OMS se sont engagés à instaurer "La santé pour tous d'ici l'an 2000" et mettent au point les Soins de santé primaires (SSP), approche qui a été approuvée comme stratégie principale pour atteindre cet objectif. Les composantes essentielles des SSP - à savoir l'éducation sanitaire, le soutien pour les soins familiaux autonomes, les soins périnataux, la planification familiale, l'immunisation, l'approvisionnement en aliments et en eau potable, la promotion d'une nutrition adéquate, et l'élimination des déchets - s'attachent toutes aux besoins en matière de santé particuliers aux femmes. Au fur et à mesure que les pays augmentent les SSP garantis, les services de santé s'adressant aux femmes seront plus étendus.

Dans la mise sur pied de services de santé qui répondent aux besoins des femmes, il importe de tenir compte de plusieurs questions d'importance ayant trait à l'accès des femmes à ces services.

De nombreux programmes de soins de santé ne tiennent compte ni des contraintes de temps et de mobilité imposées aux femmes, ni des inhibitions socioculturelles qui entravent l'accès des femmes aux services de santé. Les femmes, encore plus que les hommes, ont besoin de services de santé près de chez elles. Dans les régions rurales isolées, les quartiers pauvres et les régions urbaines périphériques qui se développent et où l'on trouve peu ou pas de services de santé, ce sont des approches nouvelles qu'il convient de mettre au point pour atteindre les femmes.

Selon les pays, de plus en plus de femmes se joignent aux rangs des travailleurs. Les statistiques établies sur les effectifs de la main-d'oeuvre sont généralement incomplètes et, souvent, n'incluent pas les femmes qui travaillent à leur compte ou dans des secteurs non structurés comme l'aide domestique, les coopératives agricoles non reconnues, les petits étals de produits agricoles ou de produits faits à la maison, et l'artisanat. Dans les pays en voie de développement, la détérioration des conditions économiques, ainsi que l'absence générale de système de sécurité sociale et de dispositions adéquates en matière de bien-être social, forcent plus de femmes à chercher du travail; les femmes deviennent, de ce fait, les principaux soutiens de la famille. Dans de nombreux pays des Antilles et d'Amérique latine, tout particulièrement dans les régions urbaines, on observe de plus en plus de familles à la charge d'une femme. Des statistiques établies récemment sur les États membres des Nations Unies révèlent une augmentation des familles ayant à leur tête une femme et des familles monoparentales (des femmes, en général). Les femmes sont donc soutien de famille en plus de prendre soin de leurs enfants et, bien souvent, de leur parenté.

Traditionnellement, les services de soins sont offerts à des heures qui ne conviennent pas aux femmes qui travaillent, particulièrement à celles qui travaillent dans des secteurs non structurés ou à leur compte. Ces femmes qui ont souvent besoin de plus de soins encore que leurs consoeurs ont tendance à négliger leur santé et celle de leurs enfants. Les hommes ne jouent pas encore un rôle importan en ce qui concerne la santé de leur famille.

Avec les approches traditionnelles à l'égard de la planification dans le domaine social et dans celui du développement ainsi que de la mise sur pied de services de santé, les déshérités seront toujours des laissés-pour-compte et, malheureusement, ces groupes augmentent chaque année en raison de l'aggravation du chômage et de la situation économique dont ils sont les principales victimes.

En ce qui concerne la prestation des soins de santé, il nous faut des approches originales, notamment étendre les services de soins de manière qu'ils soient offerts aussi près du foyer que possible et que les femmes et les collectivités y participent activement, car il faut penser non pas uniquement aux besoins des femmes, mais aussi au sort des jeunes enfants dont la santé est négligée ou qui reçoivent des soins incomplets - leur croissance et leur développement, leur alimentation et, par conséquent, leur développement intellectuel et leur comportement doivent être une question de priorité pour ceux qui dispensent des soins de santé.

Il convient de mettre au point des approches combinées pour les services de santé et d'autres services de développment social, afin de satisfaire à divers besoins qu'éprouvent tout particulièrement les familles des femmes qui travaillent, par exemple dans les marchés agricoles ou l'artisanat. À leur intention, il faudrait envisager un ensemble de services de soins, de conseils en nutrition, de garderie, d'éducation sanitaire, de cours s'adressant aux adultes et de salubrité publique. En ce qui concerne les jeunes femmes, et tout particulièrement les adolescentes enceintes, on pourrait par exemple combiner les volets éducation, conseils en soins de santé et services de garderie. Pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux des femmes défavorisées - surtout de celles qui travaillent - et de leurs familles, les approches intersectorielles n'ont pas encore été examinées à fond.

La femme et le milieu constituent un domaine oublié qui offre pourtant beaucoup de possibilités n'ayant pas encore été étudiées à fond. En général, on a tendance à accorder davantage d'importance à des projets d'envergure concernant l'approvisionnement en eau qu'à des mesures toutes simples visant à améliorer les conditions environnementales au foyer grâce à la participation active des consommateurs. L'éducation est le facteur clé de cette entreprise et les femmes jouent un rôle important dans l'amélioration de l'environnement au foyer, des pratiques et des habitudes familiales en matière d'hygiène, ainsi que dans le maintien de la qualité de l'eau potable et l'élimination des déchets. Il faut trouver des idées simples et nouvelles concernant l'éducation et la participation des femmes dans ces domaines.

Il importe d'adopter des politiques et des lois qui soutiennent les mesures sociales nécessaires pour satisfaire entièrement aux besoins sanitaires et sociaux des femmes. En plus des mesures et des soins de santé traditionnels s'adressant à la famille et à la collectivité, il nous faut des mesures telles que congé de maternité et congé pour élever les enfants, services de garderie et de sécurité sociale à l'intention de la femme au travail, tout particuièrement dans des secteurs non structurés ou à son propre compte, versement de pensions alimentaires pour les enfants ou la famille par les hommes, et création de divers types de réseaux au niveau communautaire pour aider les femmes à assumer des responsabilités croissantes. Ces questions dépassent le cadre du bien-être. Il s'agit-là de mesures qui touchent principalement les femmes et la compatibilité de leurs rôles sous tous leurs aspects, notamment en ce qui a trait aux domaines intimement liés de l'emploi, de l'éducation et de la santé. Ces mesures doivent donc être mises au point et appliquées au niveau intersectoriel. Des politiques, des lois et des programmes doivent être implantés au sein de tous les secteurs associés et des efforts spéciaux doivent être faits pour s'assurer que toutes les femmes profitent de ces mesures.

Participation féminine aux activités du domaine de la santé

La participation de la femme aux soins de santé - au sens large de l'expression - est beaucoup plus importante que celle de l'homme. Dans le cadre des régimes de santé et de soins médicaux, elle est toutefois moins valorisée car les femmes occupent les postes de moindre importance, tant du point de vue de la prise de décision que de la rémunération.

Dans le domaine de soins de santé primaires, il est impossible de juger de la place que tient la femme en matière de distribution de soins en se contentant de compter les professionnelles de la santé. Le milieu familial, le mode de vie et les ressources déterminent en grande partie l'état de santé des membres de la famille, noyau qui représente l'unité de base de l'autonomie en matière de soins. Dans la plupart des sociétés, c'est à la mère qu'il appartient avant tout de délivrer les soins; elle va chercher l'eau, maintient l'hygiène de la maisonnée, prépare les repas et voit aux besoins des enfants, des malades et des personnes âgées en matière de santé. L'accès des femmes à l'information sur la santé et les ressources nécessaires aux soins est donc un facteur crucial de la santé familiale.

Par tradition, les femmes ont également tenu un rôle important au sein de la collectivité et dispensé des soins par le biais de divers groupes féminins. L'aide apportée par ces organismes est de plus en plus reconnue; elle doit maintenant être renforcée grâce à des ressources adéquates.

Dans la plupart des pays, la femme se trouve au premier échelon des travailleurs sanitaires de la collectivité, à savoir: accoucheuse traditionnelle, conseillère en hygiène, assistante en santé communautaire ou aide-infirmière. De plus, il ne faut pas oublier les instituteurs dont beaucoup sont des femmes et qui ont un rôle important en éducation sanitaire.

La place occupée par la femme dans les professions de la santé et dans les régimes officiels de soins va de pair avec sa situation générale dans la plupart des autres secteurs de l'enseignement et des occupations professionnelles; de plus, elle est directement liée aux politiques nationales et aux traditions de l'enseignement. Dans la plupart des pays, les femmes comptent pour une grande proportion du personnel infirmier. On les retrouve aussi de plus en plus dans les professions techniques connexes telles que: radiologie, technologie de laboratoire, architecture hospitalière, éducation nutritionnelle, diététique, etc. De nombreux pays signalent une augmentation du nombre de femmes qui embrassent des professions médicales; la présence féminine dans le domaine de la gestion des soins de

santé ainsi qu'au niveau des politiques augmente tout doucement, notamment dans les Antilles et dans certains pays d'Amérique latine.

À l'heure actuelle, on reconnaît donc le rôle de la femme, à divers niveaux, dans les activités s'inscrivant dans les domaines de la santé; on observe une prise de conscience générale du besoin d'accroître la participation féminine aux échelons supérieurs des services de santé, plus particulièremet aux niveaux de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions.

Au sein de l'équipe soignante, les dispositions d'esprit à l'égard du rôle des membres féminins posent des problèmes délicats. Par exemple, au niveau communautaire, il arrive qu'un agent sanitaire de sexe masculin se voit confier plus de responsabilités qu'une aide-infirmière ou qu'une assistante en santé communautaire dont la formation est peut-être supérieure. La même chose se produit dans l'équipe d'hygiène publique où il est fréquent que l'inspecteur ait plus de responsabilités de direction qu'une infirmière en santé communautaire qui, pourtant, est souvent mieux qualifiée.

Souvent, les femmes n'ont pas la formation nécessaire pour tenir des rôles de supervision et de gestion. On ne s'est pas penché suffisamment sur le problème du manque de mobilité des travailleuses sanitaires. Dans ce domaine, une formation spéciale en conduite automobile et en entretien des véhicules est essentielle et, dans beaucoup de pays en voie de développpement, cet apprentissage ne se fait ni aussi tôt ni aussi couramment chez les femmes que chez les hommes. De ce fait, les femmes dépendent de leurs collègues masculins ou des ressources du système de santé qui sont souvent insuffisantes.

Des activités et des études entreprises récemment dans plusieurs pays de la région ont contribué à faire prendre conscience et à valoriser davantage le rôle de la femme dans le domaine de la santé, ainsi qu'à mieux reconnaître les contraintes qui s'opposent à son entière participation à tous les niveaux. Cependant, il nous faut d'importants changements d'attitudes, surtout dans les pays d'Amérique latine, ainsi que chez les décisionnaires et parmi les groupes professionnels de niveau supérieur où l'élément masculin domine largement. Même au sein d'une organisation internationale comme l'OPS, la représentation féminine à l'échelon décisionnel est très faible.

Plan d'action régional quinquennal sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement - Situation et principaux secteurs d'activité

En 1981, le Conseil de direction de l'OPS adoptait un Plan d'action régional quinquennal sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement. Les progrès accomplis au cours de la première moitié de la Décennie des Nations Unies en vue d'améliorer la condition de la femme ont été résumés dans un rapport présenté au Conseil de direction, qui a adopté une résolution recommandant à l'OPS d'utiliser ses compétences pour améliorer la santé des femmes, tirer parti de leur rôle dans les services de santé, accroître le nombre des femmes à tous les niveaux décisionnels et améliorer la situation du personnel féminin de l'OPS.

Le Plan quinquennal a pour objet principal d'aider l'OPS et les États membres à intégrer avec succès les femmes dans des activités permanentes et nouvelles consacrées à la santé et au développement dans cet hémisphère. Les idées qui y sont exprimées constituent une partie importante du Plan d'action pour les stratégies régionales visant à atteindre la Santé pour tous d'ici l'an 2000, qui considère les femmes comme groupe prioritaire car elles sont davantage vulnérables et exposées aux risques en matière de santé.

Le Plan demande la création de mécanismes efficaces pour coordonner les activités mises au point aux niveaux régional et national, ainsi que pour en surveiller et évaluer le déroulement. On a créé un Sous-comité spécial du Comité exécutif de l'OPS; composé de représentants de trois pays membres, il doit se réunir deux fois l'an pour étudier les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Plan.

L'OPS a mis en place des mécanismes de coordination dans son bureau régional et dans les bureaux locaux, pour s'assurer que toutes les activités pertinentes du secteur de la santé tiennent compte des besoins des femmes. La plupart des pays de la Région ont créé des services centraux, au sein des ministères de la Santé ou d'autres ministères comme ceux du Travail ou de la Justice, afin de promouvoir et de coordonner les activités liées au rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement. Les bureaux des États membres de l'OPS collaborent activement avec ces bureaux nationaux.

Pour faire mieux connaître les problèmes et la situation de la femme dans le domaine de la santé, l'OPS prépare une publication intitulée Health Conditions of Women in the Americas (État de santé de la femme dans les Amériques) qui paraîtra dans le courant de l'année. On y signalera les laucunes des renseignements disponibles tout en encourageant les pays à agir de manière à enrichir la base de données et à instituer un système permanent pour surveiller le Plan d'action.

On encourage aussi la recherche sur les besoins des femmes en soins de santé primaires et plusieurs pays entreprennent des projets spéciaux dans de nombreux domaines, notamment l'hygiène mentale, la nutrition, l'allaitement maternel, les grossesses à risques élevés et les dangers de l'emploi de contraceptifs, les cancers particuliers aux femmes, les nouveaux types de distribution de soins, la responsabilité du père et la participation communautaire.

Dans les activités, l'OPS accorde une importance particulière à l'éducation sanitaire et à la participation communautaire incluant les femmes. Parmi les activités de cette année, notons l'élaboration de matériel d'apprentissage à l'intention des adultes, de documentation et de directives pouvant servir aux organismes féminins et aux groupes communautaires à mieux faire connaître à la collectivité les problèmes des femmes en matière de santé, à favoriser des changements dans l'image traditionnelle que l'on se fait du rôle de la femme et de l'homme au sein de la collectivité et dans les activités concernant la santé, ainsi qu'à stimuler la participation aux activités portant sur les soins de santé primaires et sur la prévention de la maladie.

À l'heure actuelle, l'OPS dirige une enquête sur le rôle des groupes féminins dans les activités concernant les soins de santé primaires au niveau communautaire dans plusieurs pays. En avril, un atelier technique se penchera sur les rôles joués par ces groupes et sur la façon de les renforcer.

Dans le domaine de l'hygiène du milieu, on prépare une série de vidéocassettes intitulées Latin American and Caribbean Women in Environmental Health (Les femmes d'Amérique latine et des Antilles et l'hygiène du milieu), à l'intention des collectivités et des écoles.

Dans le cadre de l'étude globale de l'OMS, on exécute aussi une étude régionale sur le rôle des femmes dans le grand concept de la santé.

Parmi les activités conçues pour encourager les changements d'attitudes au sein de l'OPS, plusieurs séminaires et discussions ont déjà eu lieu et d'autres sont prévus afin de répondre aux besoins de formation des femmes dans l'Organisation.

Conclusions

Depuis l'adoption du Plan, de nombreuses activités ont été prévues et entreprises dans le but d'améliorer la situation des femmes dans le domaine de la santé et du développement. Les pays sont maintenant plus conscients des problèmes des femmes en matière de santé et du besoin d'accroître la participation féminine dans les secteur de la santé et du

développpement. Cependant, la Décennie internationale de la femme proclamée par les Nations Unies tire à sa fin et nous devons bien reconnaître qu'il nous reste une longue route à parcourir. Nous devons aller au-delà de la sensibilisation. Au cours des prochaines années, les pays devront donc se consacrer avec plus d'ardeur aux tâches suivantes: améliorer le système d'information pour surveiller et évaluer les progrès accomplis de manière plus suivie; modifier et adopter des politiques et des lois pertinentes à l'échelle nationale afin d'accroître la participation féminine aux activités du secteur de la santé et du développpement, en accordant un intérêt particulier aux mères défavorisées qui travaillent; accroître les possibilités de formation des femmes pour leur permettre de prendre part aux activités de gestion et de direction; encourager une plus grande participation féminine à la distribution des soins de santé primaires en offrant aux femmes la possibilité d'acquérir de nouvelles aptitudes et d'approfondir leurs connaissances, ainsi que fournir les services de soutien nécessaires pour qu'elles puissent tenir un rôle plus important dans la société sans pour autant négliger leur famille. En même temps, les pays doivent absolument passer aux actes en ce qui concerne la promotion de la condition et du rôle de la femme, notamment pour ce qui est du changement d'attitude des hommes et de la société en général.

Il faudrait aussi que l'OPS accentue sa collaboration et s'attache tout particulièrement à: réunir l'information et le matériel éducatif nécessaires pour aider les femmes à prendre une part active à la distribution de soins de santé tant à titre de mères que de membres de groupes et d'équipes de soins à l'échelle communautaire; appuyer et valoriser les groupes de ressources féminins à l'échelle nationale et au sein de l'OPS, pour affermir les compétences au niveau des gouvernements et des groupements intéressés; aider à l'élaboration de recherches précises dans le but de parvenir à une meilleure compréhension des questions en jeu et de mesures visant à améliorer l'état de santé et la participation des femmes dans le secteur de la santé; concevoir, à l'échelle des pays, des projets intersectoriels inédits s'adressant à des populations féminines précises - telles que travailleuses défavorisées et adolescentes - et visant à combler les besoins en matière de santé et dans d'autres domaines fondamentaux; affecter des ressources financières au soutien de ces activités aux niveaux national et régional; et, enfin, surveiller et évaluer les progrès accomplis dans les pays et dans l'ensemble de la région.

Il va sans dire que la fin de la Décennie internationale de la femme et du Plan d'action quinquennal - qui d'ailleurs approche à grands pas - ne mettra pas un terme aux efforts consacrés à la participation féminine dans le domaine de la santé et du développement. Les pays membres de la région se sont en effet engagés à atteindre le but de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et, s'ils veulent y arriver, les activités consacrées au rôle de la femme dans ce secteur doivent faire partie intégrante des projets et des activités en matière de santé au niveau national.

SUITE DE LA PÉRIODE DE QUESTIONS

Claire Marie Fortin (Congrès du travail du Canada):

J'occupe le poste d'agent d'hygiène et de sécurité professionnelles au Congrès du travail du Canada. Je vais sans doute désappointer ceux d'entre vous qui pensent que je vais relancer la discussion sur la question des terminaux à écran cathodique. Je m'en tiendrai à ajouter que si cette question était aussi simple que le laisse entendre l'exposé qui nous en a été fait, j'abonderais sans hésiter dans le sens de la position du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Cela n'est toutefois pas le cas. Ceci m'amène à parler d'un autre problème au sujet duquel j'aimerais entretenir le docteur Somers: il s'agit de la diffusion des renseignements scientifiques concernant l'épidémiologie de la reproduction. Comme vous le savez, le contrôle de l'élaboration des méthodes dans ce secteur relève en grande partie, depuis les 30 dernières années, du domaine de la santé publique. Plus récemment, l'exploration des effets plus subtils de l'exposition à divers produits chimiques, dans le milieu de travail ou dans l'environnement, a souligné la difficulté à relier certains effets néfastes au système reproductif et l'exposition à de tels produits. Un incident survenu dans un établissement de nettoyage à sec de Toronto illustre très bien la question. Une femme de race noire qui travaille à cet endroit a fait trois fausses couches au cours des deux dernières années (elle est exposée, dans l'exercice de ses fonctions, au tétrachlorure de carbone). Cette femme s'est fait dire par son médecin que l'incidence des fausses couches était plus élevée chez les femmes de race noire. Cet exemple illustre le genre de problèmes auxquels nous sommes confrontés lorsque nous essayons de distinguer, dans le cadre d'études sur le milieu de travail, des résultats pertinents du point de vue de la reproduction.

Dr Somers (Direction de l'hygiène du milieu,
Santé et Bien-être social Canada):

Il ne faudrait pas que vous oubliiez que les méthodes dont nous disposons pour déterminer les effets indésirables des rayonnements ou des produits chimiques, avec toutes leurs lacunes, ont été mises à l'essai pendant une longue période. Lorsque cela est possible, nous procédons d'abord à des expériences sur des animaux de laboratoire, nous extrapolons ensuite les données obtenues à l'être humain, malgré les quelques imprécisions que comportent toujours ces dernières, puis nous faisons des prévisions et établissons une certaine marge d'erreur pour en venir enfin à prendre une décision. La confrontation à de tels problèmes exige que nous prenions des décisions. Il est cependant très difficile

d'isoler un incident particulier, touchant un certain groupe de population, et de l'extrapoler au point de dire qu'il s'agit là d'un effet résultant. L'incidence normale des fausses couches est de 15% n'est-ce-pas? C'est donc dire qu'il faut tenir compte de cet élément. Nous sommes ici pour vous indiquer, au meilleur de notre connaissance, le niveau de risque existant et pour évaluer les données le mieux possible pour en arriver à rendre une décision raisonnable. Nous n'avons jamais prétendu à notre infaillibilité. Vous avez posé une question portant sur la physiologie de la reproduction résultant d'études effectuées sur des animaux de laboratoire et permettant de tirer certaines conclusions sur les faits réels. Par ailleurs, beaucoup de preuves existent sur les effets des rayonnements sur les êtres humains. C'est donc dire que la situation est tout de même un peu moins obscure qu'elle ne l'était.

Claire Marie Fortin:

Je suis assurée que vous conviendrez, en tant que politicien, qu'en l'absence de données probantes ou de numérations corporelles précises, il est presque impossible d'énoncer des mesures législatives sur la seule base des données obtenues pour les animaux. Malheureusement, c'est ainsi que nous avons dû procéder jusqu'à maintenant. En outre, étant donné la voie dans laquelle les statisticiens et les épidémiologistes se sont engagés en matière de méthodologie s'appliquant aux résultats de reproduction, je crois qu'il nous faudra attendre encore longtemps avant d'obtenir des numérations corporelles précises. J'espérais tout de même qu'une section de l'équipe travaillant sur la grossesse, dans le cadre du projet, se serait penchée sur certains de ces problèmes.

Philip Banister (Santé et Bien-être social Canada):

J'aimerais élaborer un peu sur ce point parce que je suis convaincu que vous avez raison. Par contre, il existe maintenant un Centre d'information international sur les malformations congénitales qui, par l'intermédiaire de 19 programmes mis en oeuvre dans 25 pays, réunit chaque trimestre des données à la lumière desquelles les spécialistes font tous les efforts possibles pour déceler des variantes, l'apparition de nouveaux syndromes et des associations qui pourraient laisser entrevoir des effets résultant de l'exposition de la mère dans son milieu. Depuis 5 ou 10 ans, nous avons examiné différents groupes, comme par exemple des femmes chargées de laver les planchers dans les établissements pour malades mentaux en Suède et des femmes de fermiers qui nourrissent leurs poulets avec des grains traités au mercure. L'étude de ces groupes et l'examen minutieux effectué lors de la vérification des études de cas ne nous ont pas permis jusqu'à maintenant d'identifier un

grand nombre d'agents tétragènes environnementaux. On effectue ces numérations depuis maintenant près de 20 ans et la proportion des anomalies congénitales demeure non seulement relativement stable dans la plupart des cas, mais encore elle a même diminué dans les cas d'anomalies du tube neural. Ainsi, même si nos études ne sont pas nécessairement couronnées d'un succès éclatant, nous savons malgré tout - ou du moins nous pouvons le supposer - qu'indépendamment de l'augmentation constante de la charge de pollution environnementale, il n'y a heureusement encore aucune preuve de l'augmentation parallèle du taux de malformations congénitales. J'ai été quelque peu surpris par la remarque du docteur Khanna, à l'effet que même si les femmes demeuraient les premières concernées en matière de reproduction, cette préoccupation ne leur était pas primordiale. Il y a environ quatre semaines, on présentait à un poste de télévision américain un couple de Chiliens dont la femme, âgée de plus de 40 ans, avait mis au monde 53 enfants. Je pense que c'est là l'exemple d'une personne pour qui la reproduction est au nombre de ses préoccupations. Je pense que Freda a bien fait d'insister sur la question des adolescentes: il est évident, à mon avis, que des problèmes particuliers aux femmes surgissent dès l'enfance. Bien que cet aspect de la question n'ait pas été soulevé, je pense qu'il s'agit là d'un point que nous ne devrions pas oublier.

Freda Paltiel:

Il m'apparaît évident que nous avons besoin d'un autre colloque et qu'il soit axé sur la reproduction. C'est là un domaine dans lequel le Canada se distingue. Le docteur Allison McDonald effectue actuellement, dans la province de Québec, une étude sur les naissances et les grossesses dans 11 hôpitaux. Elle est vraiment sensibilisée à certains des problèmes que vous-mêmes et d'autres personnes avez soulevés sur les lacunes que présente la méthodologie en ce qui a trait aux mécanismes, aux causes et aux effets de l'exposition à divers agents. Nous ne sommes qu'à l'aube des découvertes en ce domaine. Certains font preuve de bonne volonté, d'autres, pas du tout; il s'agit peut-être là d'une façon un peu trop optimiste de voir les choses. J'aimerais répéter qu'il nous faut absolument considérer le problème sous ses différentes perspectives avant de pouvoir s'attaquer à fond à toutes ces questions. Nous commençons tout juste, au Ministère, à examiner nos propres activités et problèmes d'hygiène pouvant avoir un effet sur la reproduction, bien que bon nombre d'excellents chercheurs scientifiques y travaillaient déjà dans leur propre laboratoire.

Sylvia Gold:

J'aimerais ajouter, en ce qui concerne la question de la technologie microélectronique et des terminaux à écran cathodique, qu'on commence à en introduire de plus en plus rapidement et en nombre considérable dans les écoles. Il sera donc essentiel que les responsables de ces écoles soient bien renseignés afin de pouvoir exercer la surveillance appropriée et de s'assurer que nos enfants ne sont pas exposés à des facteurs qui nous sont encore inconnus.

Freda Paltiel:

Vous avez bien raison. Dans le même ordre d'idées, c'est un fait que nous avons examiné les laboratoires en milieu scolaire bien après ceux installés dans d'autres établissements, et cela vaut aussi pour toutes les autres techniques.

DISCOURS DE CLÔTURE

Depuis la tenue du Colloque, l'Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau de l'hygiène panaméricaine, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé, a publié un guide relativement au Plan d'Action régional de cinq ans sur Le Rôle des Femmes dans le domaine de la santé et du développement, soit la publication scientifique numéro 448, intitulée "Women in Health and Development". La Conseillère principale, Situation de la femme, prévoit distribuer ladite publication à tous les participant(e)s au Colloque.

Il nous fera plaisir de travailler avec les divers organismes pour femmes, les professionnels de la santé et de l'enseignement ainsi que tous nos autres collègues, aux priorités identifiées dans le Plan d'Action ainsi qu'aux autres sujets mentionnés lors du Colloque.

Le comité du colloque

Audio-visuel

Glenn Robb, Direction des affaires publiques
Jean-Claude Parent, Direction des affaires publiques
John Turner, Direction générale des services et de la promotion de la santé
Vera Lagasse, Direction de la protection de la santé
Richard Paradis, Condition physique et Sport amateur
Sylvia Howard, Programmes de la sécurité du revenu
Pearl Downie, Direction générale des affaires intergouvernementales et internationales
Surrendra Prihar, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information
Stan Gordon, Direction générale des services médicaux
Suzanne Paquette, Programmes des services sociaux
Francine Beauregard, Conseil consultatif national sur la troisième âge
Joanne Lussier, Conseil consultatif national sur le troisième âge
Barbara Morrison, Situation de la femme
Lynda-Anne Clark, Situation de la femme

Service de secrétariat

Lynda-Anne Clark, Situation de la femme
Monique Ladouceur, Situation de la femme
Barbara Morrison, Situation de la femme

Invitations

Wendy Hueston, Direction des affaires publiques
Ahmad Humayun

Relations publiques

Joan Eddis-Topolski, Direction des affaires publiques

Hébergement

Peter Warner, Bureau des services financiers - Programme de l'administration
Ben Corda

Services de traduction

Anne Normandin, Direction des affaires publiques
Direction générale des services de traduction - Secrétariat d'État

Traitement des mots

Karen Keith

PARTICIPANT(E)S

COLLOQUE SUR LE RÔLE DES FEMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT

Joan Abrahams, Attaché
Gyuana High Commission
151 Slater Street
Suite 305
Ottawa, Ontario
K1P 5H3

Dr. P. Banister
Health Services and Promotion Branch
Health and Welfare Canada
Room 534
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Heather Baser
Project Planning Officer
Overseas Projects Secretariat
Agriculture Canada
Room B-152
Sir John Carling Building
930 Carling Avenue
Ottawa, Ontario
K1A 0C5

Francine Beauregard
National Advisory Council on Aging
Health and Welfare Canada
Room 1264
Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Nicole Baer
Canadian Press
10 O'Connor Street
Ottawa, Ontario

Allan Bierbrier
Executive Director
Canadian Public Health Association
1335 Carling Avenue
Ottawa, Ontario
K1Z 8N8

Carole Chauvin
Executive Assistant to the
Deputy Minister
Health and Welfare Canada
Room 2160
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

M. Careau
Director
Intergovernmental and International Affairs
Branch
Health and Welfare Canada
Room 1054
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Monique Charron
Policy Analyst
Health Resources
Health and Welfare Canada
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tamara Levine
Division des sciences de la santé
CRDI
B.P. 8500
Ottawa (Ontario)
K1G 3H9

Jane Caskey
Policy and Program Analyst
Women's Bureau
Labour Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0J2

Jacqueline Collette
Présidente
Fédération des Femmes
Canadiennes-Françaises
325, rue Dalhousie
Pièce 525
Ottawa (Ontario)
K1N 7G2

Jean-Guy Boudreau
Le Droit

P. Downie
Intergovernmental and International
Affairs Branch
Health and Welfare Canada
Room 1028
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Dr. H. Denley
Consumer Clinical Radiation
Hazard Division
Radiation Protection Bureau
Brookfield Road
Confederation Heights
Ottawa, Ontario
K1A 1C1

Daphne Dolan
Departmental Library Services
Health and Welfare Canada
Room 362
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Jeela Moss-Davies
President
National Inuit Women's Association
3rd Floor
176 Gloucester Street
Ottawa, Ontario
K2P 0A6

Marie Paule-Doyle
Serena Canada
55 Parkdale Avenue
Ottawa, Ontario
K1Y 1E5

Mme Monique Jérôme-Forget
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la politique,
de la planification et de l'information
Santé et Bien-être social Canada
Pièce 1464
Immeuble Brooke Claxton
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Darlene Flett
397 Hamilton Avenue South
Ottawa, Ontario
K1Y 1C9

Claire Marie Fortin
Programme Development Officer
Workplace Health and Safety
Canadian Labour Congress
2841 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1V 8X7

Lesley Gaudet
Research Analyst
Vital Statistics and Disease
Statistics Canada
18A - R.H. Coates Building
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Sylvia Gold
Director
Canadian Teacher's Federation
110 Argyle Avenue
Ottawa, Ontario
K2P 1B4

Jean Goodwill
President
Registered Nurses of Canadian-Indian
Ancestry
222 Queen Street
Ottawa, Ontario
K1P 5V9

Lyne Godmaire
Women's Health Centre
44 Jeanne d'Arc
Hull, Québec

Louise Holmes
Chef de Section
Politiques sociales et relations internationales
Condition féminine Canada
Pièce 1005
151, rue Sparks
Ottawa (Ontario)
K1A 1C3

Floralove Katz
Assistant Deputy Minister
Energy, Mines and Resources
580 Booth Street
Ottawa, Ontario
K1S 0E4

Suzanne Johnson
Vice-President
MATCH International
171 Nepean Street
Ottawa, Ontario
K2P 0B4

Maija Kajis
Health Promotion Directorate
Health and Welfare Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Dr. S. Khanna
Director
Division of Comprehensive Health Services
Pan American Health Organization
525 - 23rd Street N.W.
Washington, D.C.
USA 20037

Colleen Kong
Public Affairs Directorate
Health and Welfare Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Diane Louis
Energy, Mines and Resources
580 Booth Street
Ottawa, Ontario
K1A 0E4

Dr. R.H. Lennox
Senior Medical Consultant
International Affairs
Health and Welfare Canada
Room 1044
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

H. Leclair
Director Creative Services
Public Affairs Directorate
Health and Welfare Canada
Room 546
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Vera Lagasse
Executive Secretary to the Committee
Departmental Task Force on Reproductive Health
Health and Welfare Canada
7th Floor
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Joanne Lussier
National Advisory Council on Aging
Health and Welfare Canada
Room 1264
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Rosanne Lépine
Centre des Femmes
Université d'Ottawa
85, rue Hastey
Pièce 211D
Ottawa (Ontario)

Sheila Lamont
Policy Development
Health and Welfare Canada
Room 2100
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Elizabeth Luvin
Embassy of Sweden
441 MacLaren Street
Ottawa, Ontario
K2P 2C8

Nancy Miller-Chénier
Commission for Canadian Women's
Health Network
332 Cathcart Street
Ottawa, Ontario
K1N 5C4

Maurice Miron
Director
National Advisory Council on Aging
Health and Welfare Canada
Room 1264
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Merilyn Beach
Status of Women
Agriculture Canada
Room E152B
Sir John Carling Building
Ottawa, Ontario
K1A 0C5

Mr. M. Matt
Carleton University
Colonel By Drive
Ottawa, Ontario
K1A 5B6

Elizabeth McAllister
Coordinator
Women in Development
CIDA
Place du Centre
200 promenade du Portage
Hull, Québec
K1A 0G4

Grace McNabb
Canadian Council on Social
Development
55 Parkdale Avenue
Ottawa, Ontario
K1Y 1E5

Bruce McFarlane
Carleton University
Colonel By Drive
Ottawa, Ontario
K1A 5B6

Lindsay Niemann
International Relations
Status of Women Canada
151 Sparks Street
Room 1012
Ottawa, Ontario
K1A 1C3

Lois Neobel
Federation Women's Institute
P.O. No. 6
Brandon, Manitoba
R7B 0M0

Maureen O'Neil
Coordinator
Status of Women Canada
151 Sparks Street
Room 1012
Ottawa, Ontario
K1A 1C3

Susan O'Leary
Women's Centre
Carleton University
Room 504, Unicentre
Colonel By Drive
Ottawa, Ontario
K1A 5B6

Dr. Mary O'Brien
Director
Health Services
Carleton University
Colonel By Drive
Ottawa, Ontario
K1A 5B6

Lucie Pépin
Présidente
Conseil consultatif canadien de la
situation de la femme
66, rue Slater
Ottawa (Ontario)

Margaret Pope
President
Zonta Club
75 Reid Avenue
Ottawa, Ontario
K1Y 1S8

D. Palmason
Canadian Medical Association Journal
Box 1876
Ottawa, Ontario

Lucille Poirier

Susan Phillips
CCLOW
3 Chelmsford Crescent
Munster, Ontario
K0A 3P0

Dr. Susan Lee Painter
Head, National Clearinghouse on
Family Violence
Health and Welfare Canada
Ottawa, Ontario
K1B 1B5

Randy Russell
Direction générale des
pratiques de gestion
Santé et Bien-être social Canada
Pièce 2142
Immeuble Jeanne Mance
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Lise Blanchard
Ministry of State for
Social Development
171 Slater Street
Ottawa, Ontario
K1A 1G3

Dr. Maureen Roberts
President
Andrew Fleck Child Centre
351 Mountbatten Avenue
Ottawa, Ontario
K1H 5W2

Dr. Jean Steckle
Nutrition Consultant
Medical Services Branch
Health and Welfare Canada
Room 1972
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Dr. E. Somers
Director General
Environmental Health Division
Health Protection Branch
Health and Welfare Canada
Room 103
Health Protection Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Pat Storey
Coordinator
Status of Women
Agriculture Canada
Room E152B
Sir John Carling Building
930 Carling Avenue
Ottawa, Ontario
K1A 0C5

Magda Sujdegaart
Human Rights Institute
University of Ottawa
57 Copernicus Street
Ottawa, Ontario
K1N 9B2

Catherine Smyth
Cultural Affairs Attaché
U.S. Embassy
100 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1P 5T1

Karen Seabrooke
Inter-Pares
209 Pretoria Avenue
Ottawa, Ontario
K1A 1X1

Sophie Souter
Vice-President
Ontario CFUW
35 Aleutian Road
Ottawa, Ontario
K2H 7C7

Susan Shuttleworth
Public Service Commission
L'Esplanade Laurier
Ottawa, Ontario
K1A 0M7

Shirley Tucker-Parks
General Counsel
Legal Services
Indian and Northern Affairs
Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0L6

Charlotte Tremblay

Carol Miles-Topping
Carleton University
Colonel By Drive
Ottawa, Ontario
K1A 5B6

Kathy Lane
Fitness and Amateur Sport
Health and Welfare Canada
Journal Tower South
354 Laurier Avenue West
Ottawa, Ontario
K1A 0X6

Jill Vickers
Institute of Canadian Studies
Carleton University
Colonel By Drive
Ottawa, Ontario
K1A 5B6

Sandra Vogelesang
Economic Counsellor
U.S. Embassy
100 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1P 5T1

Dr. Valerie Wilmot
Science Policy Liaison Unit
Health and Welfare Canada
Room 1440
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Isabel Winkler
NCW of Ottawa
1833 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1G 0E8

Marilyn Wilson
Planned Parenthood Federation
of Canada
151 Slater Street
Suite 200
Ottawa, Ontario
K1P 5H3

Ivy Williams

Trudy Wiltshire
NCW of Ottawa
Health Chairperson
1833 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1G 0E8

Ghislaine Delisle
Ville de Hull
Services de la santé et
du bien-être
Maison du Citoyen
25, rue Laurier
Hull (Québec)
J8X 4C8

Lise Lemire
Ville de Hull
Services de la santé et
du bien-être
Maison du Citoyen
25, rue Laurier
Hull (Québec)
J8X 4C8

P. Mitra
Gloucester Resource Centre
747 Ludgate Court
Gloucester, Ontario
K1J 8N8

RÉSOLUTION XXVII

RÔLE DES FEMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT

La XXI[e] Conférence panaméricaine de la santé

Reconnaissant l'importance d'intégrer le Plan d'action régional quinquennal sur le rôle des femmes dans le domaine de la Santé et du développement dans le Plan d'action régional pour appliquer les stragégies visant à atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Tenant compte du fait que des progrès ont été réalisés dans certains pays, mais que les renseignements sont encore insuffisants et que bon nombre d'activités en sont à l'étape de la planification;

Se souciant de ce que chaque pays doive établir un moyen de coordonner les activités et de recueillir des renseignements, à un niveau intersectoriel, sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement;

Gardant à l'esprit le besoin urgent d'améliorer la situation des femmes dans le domaine de la santé et du développement;

Reconnaissant la valeur des bourses de perfectionnement en tant qu'instruments d'avancement professionnel et que les femmes bénéficiaires sont sous-représentées;

Remarquant que certains progrès ont été réalisés par le Secrétariat en ce qui concerne la formation et l'amélioration internes des femmes et leur recrutement à des postes professionnels au sein de l'Organisation;

Renouvelant son engagement à l'égard de l'application du Plan d'action régional quinquennal sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement.

décide:

1. de remercier le Sous-comité spécial du Comité exécutif chargé de l'étude du rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement pour sa surveillance et ses rapports sur les progrès réalisés, et pour la collaboration du PSAB (Pan American Sanitary Bureau).

2. de recommander que les États membres:

   (a) créent, dans chaque pays, un service central sur le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement afin de coordonner des activités intersectorielles connexes;

   (b) établissent des moyens de recueillir régulièrement les renseignements nécessaires pour surveiller et évaluer les progrès réalisés, et présentent ces renseignements au Secrétariat, tel que demandé;

(c) incorporent les besoins et exigences particulières des femmes en matière de santé dans des activités permanentes, sans créer de nouveaux programmes axés seulement sur les femmes, et incorporent les activités du Plan d'action régional quinquennal dans les stratégies et les plans nationaux de santé et de développement;

(d) élaborent et appliquent des politiques nationales devant assurer la santé et le bien-être des femmes qui travaillent et des personnes à leur charge, surtout des femmes qui sont employées dans des secteurs non réglementés de l'économie;

(e) améliorent les possibilités de formation des femmes, plus particulièrement dans les professions où elles sont sous-représentées, surtout en ce qui touche le programme de bourses de perfectionnement de l'OPS;

(f) assurent aux femmes des occasions égales de sélection et de recrutement à des postes de professionnels et de cadres supérieurs;

(g) encouragent et favorisent le partage, entre pays, des résultats des activités menées dans le cadre du Plan d'action régional quinquennal.

3. de demander que le Directeur:

(a) encourage et appuie les activités, aux niveaux régional, local et national, en application du Plan d'action régional quinquennal;

(b) intensifie les efforts pour obtenir et canaliser des fonds afin d'appuyer les activités concernant le rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement;

(c) examine les moyens et les ressources humaines nécessaires pour coordonner et mener efficacement les activités liées au Plan d'action quinquennal, et les renforce là où il est indiqué de le faire afin de s'assurer que les objectifs sont atteints avec succès;

(d) élabore des méthodes simplifiées et uniformes pour la compilation de données nationales et régionales sur les travaux réalisés afin d'atteindre les objectifs du Plan quinquennal;

(e) appuie la coordination continue des activités avec d'autres organismes des réseaux inter-américains et des Nations Unies, et d'autres organismes féminins;

(f) renforce les efforts de sélection et de recrutement des femmes à des postes élevés de professionnel et de cadre, et améliore les compétences techniques et les aptitudes de leadership des femmes au sein de l'Organisation;

(g) encourage les États membres à utiliser dans une plus large mesure les bourses de perfectionnement pour la formation et l'avancement des femmes.

4. de demander que le Comité exécutif convoque son Sous-comité chargé de l'étude du rôle des femmes dans le domaine de la santé et du développement au moins deux fois par année, pour le reste des années du Plan d'action afin de surveiller le programme et d'examiner les réalisations.

(Approuvé par la onzième plénière,
le 28 septembre 1982)